

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1934-1935. — N° 9

LE

RÔLE NÉFASTE DES AVORTEMENTS CHEZ LA FEMME

L'importance de leur rôle étiologique
dans les affections salpingiennes : grossesse tubaire, pyosalpinx

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 16 Novembre 1934

PAR

M^{me} ROZIER, née CHABANNAIS, Marie-Louise-Estelle-Yvonne.

Née à COURGEAC (Charente), le 25 août 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	Président.
		ANDÉRODIAS, professeur.....	Jugés.
		LOUBAT, agrégé.....	
		RIVIÈRE, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1934

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1934-1935. — N° 9

LE

RÔLE NÉFASTE DES AVORTEMENTS CHEZ LA FEMME

L'importance de leur rôle étiologique
dans les affections salpingiennes : grossesse tubaire, pyosalpinx

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 16 Novembre 1934

PAR

M^{me} ROZIER, née CHABANNAIS, Marie-Louise-Estelle-Yvonne.

Née à COURGEAC (Charente), le 25 août 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	Président.
		ANDÉRODIAS, professeur.....	Jugés.
		LOUBAT, agrégé.....	
		RIVIÈRE, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. GUYOT.

DOYEN HONORAIRE : M. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS,
SELLIER, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

MM.	MM.
Clinique médicale..... MAURIAC.	Zoologie et parasitologie..... MANDOUL.
id..... DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale..... AUBERTIN.
Clinique chirurgicale..... BÉGOUIN.	Clinique ophtalmologique..... TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale et gynécologique..... GUYOT.	Clinique chirur. infantile et orthopédie... ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales... CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants.. CRUCHET.
Clinique d'accouchements..... ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale..... DELAUNAY.
Anatomie pathol. et microscopie clinique. SABRAZÈS.	Physique médicale et pharmaceutique... SIGALAS.
Anatomie..... VILLEMIN	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques. BONNIN.
Anatomie générale et histologie..... G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques PETGES.
Hygiène..... LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires. DUVERGEY
Médecine légale et déontologie..... LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales. ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité méd. RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie..... PORTMANN.
Chimie..... CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée..... LABAT.
Botanique et matière médicale..... GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.. CREYX.
Pharmacie..... DUPOUY.	Clinique dentaire..... GAVAILLÉ.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PÉRRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale).
R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie..... DUBECQ.	Chirurgie générale..... CHARRIER.
id..... DUFOUR.	id..... LOUBAT.
Physiologie..... FABRE.	Obstétrique..... RIVIÈRE.
Médecine générale..... DAMADE.	Ophtalmologie..... BEAUVIEUX.
id..... PIÉCHAUD.	Physique médicale..... WANGERMEZ.
id..... DELMAS-MARSALET.	Dermatologie et syphiligraphie..... JOULIA.
id..... DE GRAILLY.	Oto-rhino-laryngologie..... DESPONS.
id..... FONTAN.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie. VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

MM.	MM.
Médecine opératoire..... PAPIN.	Puériculture..... FAUGÈRE.
Physiologie..... FABRE.	Pharmacie chimique..... VITTE.
Pathologie médicale..... DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie..... R. SIGALAS.
Accouchements..... PERY.	

Ophtalmologie..... MM. CABANNES (en congé).
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MON EPOUX

Avec ma joie d'une collaboration prochaine.

A MON PETIT JACQUES

A MES CHERS PARENTS

Tendresse filiale.



A MES MAITRES DES HOPITAUX DE BORDEAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR CASSAET

En témoignage de mon affectueuse
reconnaissance et de mon profond res-
pect.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LOUBAT

Qui nous accueillit dans son Service
avec l'obligeance aimable que se plai-
sent à lui reconnaître tous ses élèves.

MESSIEURS LES PROFESSEURS :

MICHELEAU et PORTMANN
PETGES et ANDERODIAS
ROCHER et CRUCHET
JEANNENEY et DUVERGEY
TEULIERES et ABADIE

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS :

MESSIEURS LES PROFESSEURS SERGENT et CHEVASSU.

MEIS ET AMICIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique gynécologique,
Chirurgien de l'Hôpital André-Boursier,
Membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris,
Vice-Président de la Société française de gynécologie,
Membre correspondant des Sociétés de gynécologie de Philadelphie,
de Bucarest et du Brésil,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique.*

Avec le très agréable devoir de remercier mon Maître pour la cordiale bienveillance qu'il nous a témoignée au cours de notre stage hospitalier;

Pour les conseils paternels qu'il n'a cessé de nous donner et qui ont été pour nous d'un très précieux encouragement;

Pour les sentiments religieux et philosophiques qu'il a su éveiller en nous au chevet de ses malades.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LE RÔLE NÉFASTE DES AVORTEMENTS

CHEZ LA FEMME

L'importance de leur rôle étiologique
dans les affections salpingiennes : grossesse tubaire, pyosalpinx

AVANT-PROPOS

La mortalité, la morbidité succédant aux avortements restent, de nos jours encore, impressionnantes : elles témoignent de la fréquence et de l'extraordinaire gravité des représailles infectieuses.

Mais le rôle néfaste des avortements chez la femme s'éclaire d'un jour saisissant lorsqu'on étudie la part importante qu'il prend dans l'étiologie des affections salpingiennes, pyosalpinx et grossesse tubaire en particulier.

Ces faits, généralement admis, méritent d'être précisés; conçus parfois dans la grisaille d'une trop rapide lecture ou dans l'obligation d'un examen, ils n'apportent souvent à l'étudiant que des éléments d'information insuffisants et dangereux.

Nous nous sommes proposé, dans notre thèse, de mettre à profit le riche enseignement que nous donnent les faits cliniques observés journellement dans l'important service de

gynécologie de notre Maître et consignés, avec un soin jaloux, dans des observations complètes. Pussions-nous établir les conclusions utiles, simples, que comporte un tel sujet, puisque, aussi bien, malgré notre effort, il appartiendra aux avortements de prendre encore, sur l'intégrité organique et fonctionnelle de tout le système annexiel — et à des échéances plus ou moins lointaines — la plus lourde, la plus néfaste, parfois même la plus surprenante des hypothèques, que d'aucuns s'obstineront à sous-estimer ou, dangereusement, à méconnaître...

PREMIÈRE PARTIE

L'AVORTEMENT EN GÉNÉRAL

CHAPITRE PREMIER

SYNTHESE DES DONNEES BIO-PATHOLOGIQUES ET ETIOLOGIQUES

Que l'on ait eu affaire à un avortement des deux premiers mois — avortement ovulaire — celui-ci se sera effectué, ordinairement, en un temps. L'œuf villeux est, en général, expulsé au complet; la caduque utérine et les lochies ne font courir les risques d'infection que dans les cas de rétention.

S'est-il agi d'un avortement des troisième ou quatrième mois — avortement embryonnaire — « l'expulsion du fœtus n'est rien; la rétention du placenta et de la caduque est tout ».

L'avortement des cinquième et sixième mois — avortement fœtal — aura constitué un accouchement « en petit », avec les risques mêmes du post partum.

La majorité des avortements se rattache à un mécanisme physiologique à deux temps; nous dirions même que c'est l'éventualité la plus ordinaire, abstraction faite des tentatives abortives criminelles qui sont opérées électivement sur des grossesses jeunes inopportunes. Dans les deux tiers des cas on court les risques de l'infection, de l'hémorragie ou de la rétention placentaire; l'avortement est bien une maladie.

Dans quel état se trouve une jeune femme qui vient d'avorter, dans quel cadre pathologique se sont placés les actes de cette poignante tragédie ?

Le facteur *terrain* joue un rôle éminemment favorable au développement de toute infection ou de toute surinfection, et, ici, l'infériorité ou la carence complète des défenses générales de l'organisme aura pu trouver son explication dans un état aigu d'épuisement nerveux, dans l'anémie, dans le choc puerpéral.

Si l'on peut, dans certains cas, tenir pour responsable de cette diminution de résistance, de ce fléchissement si marqué des réactions défensives, telle maladie anergisante, et au premier chef la grippe, l'appendicite, la pneumonie, la dothiéntérie..., il convient néanmoins d'envisager comme cause aggravante, sinon toujours favorisante ou déterminante, les chocs nerveux réflexes que ne manquent jamais d'entraîner des manœuvres criminelles ou simplement suspectes; il en est d'ailleurs ainsi pour les explorations intracervicales intempestives ou fréquemment répétées.

Il convient de retenir encore l'état de dépression mentale, de vague à l'âme, d'inquiétude, d'obsession, parfois si fréquent chez la jeune femme qui a la phobie de la gestation ou de l'enfant, et qui, dans quelques cas, voisine et s'apparente à une psychose puerpérale, dans nos générations féminines d'après guerre. Une littérature spéciale, à gros tirage, étale à nos yeux et à nos sens les cœurs de ces dissidentes. Ne peut-on admettre également que la multiparité, à grossesses rapprochées, tout en favorisant un état d'immunisation locale, de pansement local de l'appareil génital aux impressions d'une flore microbienne, vulvaire ou vaginale, ne puisse favoriser des associations microbiennes, d'apport exogène, qui, exaltant leur virulence, agissent sur le terrain lui-même et entraînent une sorte de sensibilisation focale, qui ne demandera que le moindre trauma pour « flamber » les barrières phagocytaires ? — et c'est le cas de l'avortement.

L'âge lui-même aura joué un rôle, dans quelques cas particuliers. Que vaut, *a priori*, l'intégrité du terrain utéro-annexiel chez la femme qui, à partir de ses 40 ans, recherche l'avortement, soit que, stérile jusque-là, elle s'estime trop vieille pour « commencer », soit que chargée de famille, elle se refuse au « ridicule » d'une maternité tardive ou au « passif » d'un budget familial lourdement grevé? Que valent ces utérus, ces annexes, qui ont parfois déjà connu les frais de vieilles métrites simples ou gonococciques mal soignées ou qui sont modifiées par un état fibromateux? Que valent ces appareils génitaux qui approchent du terme de leur cycle menstruel et dont les multiples symptômes fonctionnels sonnent le glas d'une ménopause proche?

Tous ces facteurs organiques et psychologiques interviennent, à notre avis, et augmentent les chances de complications, aux lendemains de l'avortement plus encore qu'aux lendemains du post partum.

Mais, nous objectera-t-on, n'est-il pas un fait d'observation, corroboré d'ailleurs par l'état de nombreuses statistiques, que la mortalité immédiate est peu élevée dans les avortements, toute proportion gardée?

Pourquoi dès lors exagérer la phobie de l'avortement et redouter les causes d'infection qui rendent la morbidité plus fréquente ?

Ne serait-on pas fondé à croire, selon l'opinion longtemps admise, que la caduque avant terme, à l'époque où se produit l'avortement, n'a pas encore pu subir la dégénérescence qu'elle présente dans le post partum; que les éléments de la caduque avant terme sont très actifs, très vivants, et opposent un courant circulatoire aux infections — l'existence des troubles sympathiques « infectieux », au cours de la grossesse normale, pouvant prendre la valeur d'un test dans le rôle éliminateur que joue le courant sanguin?

Il nous faut reconnaître que cette caduque possède des moyens de résistance active et naturelle contre l'infection spontanée, non massive, mais qu'elle ne saurait résister

longtemps à la moindre effraction, à la moindre rupture histologique, à la moindre inoculation septique, éventualités qui se présentent, malgré toutes précautions, même en milieu hospitalier, au cours de manœuvres abortives thérapeutiques, de curetages ou de curages pratiqués dans une cavité utérine, dangereusement ouverte à tout ensemencement, aussi longtemps que l'asepsie ou l'antisepsie n'auront pu réaliser la stérilisation des germes qu'elle renferme *in vivo*.

On a longtemps admis comme une donnée classique de noter que, à l'opposé de l'infection dans le post partum, on a souvent observé de moins nombreuses formes septicémiques galopantes. Le muscle utérin garde, anatomiquement, au cours des avortements spontanés, une épaisseur supérieure à celle qu'il présenterait à terme; cette distension moindre présuppose une néo-organisation moins évoluée, une vascularisation et, par relation de voisinage, une congestion moins ancienne des organes du petit bassin. De plus, la dégénérescence d'une muqueuse à terme, qui doit être éliminée après avoir aidé au clivage placentaire, favorise mieux, à coup sûr, sur toute la surface d'insertion, des déchirures véritables, des contusions favorables au déracinement des villosités plus nombreuses. Ces modifications morphologiques à terme sont éminemment propices au développement de l'infection microbienne (streptocoque hémolytique), principalement dans les cas d'organismes fatigués, épuisés, allergisés par neuf mois de gestation ou tarés (syphilis, tuberculose).

Ces considérations ne modifient en rien le fait que l'infection, plus ou moins bruyante, préside à un processus identique pour le post abortum : la diversité et l'identité des agents pathogènes observés dans les examens des pièces opératoires ou des pièces de nécropsie en font foi.

Streptocoque pyogène, gonocoque, staphylocoque, pneumocoque, bacille de Frankel, Eberth, isolés ou en association, se retrouvent, en effet, électivement au niveau des effractions de la paroi utérine, au point d'impact de la plu-

part des ruptures histologiques, au voisinage des vaisseaux. Les débris sphacéliques des membranes retenues dans la cavité utérine gorgée de sang à une température élevée, ou bien partiellement ramenés au curage, ouvrent de très dangereuses portes sur l'organisme, principalement dans toutes les fausses couches succédant au troisième mois, et nous identifions : le gonocoque, 2 fois, avec Stoner; le streptocoque, 1 fois, avec Lejars; le coli + strepto, 1 fois, avec Baisch; l'Eberth, 1 fois, avec Gaillard et Chaput; le coli, 1 fois, avec Lejars, etc.

Que l'on songe un instant au champ d'ensemencement offert par l'extraordinaire surface des muqueuses ovulaires ou maternelles mises à nu *in situ* et dont la faible barrière leucocytaire sous-muqueuse sera sidérée par un apport massif de germes virulents; que l'on songe un instant au grave danger que sont devenus des sinus veineux prématurément ouverts par des micro-traumatismes, par des tiraillements, des attouchements aveugles, et qui, faute du clivage complet des membranes placentaires, ne connaîtront plus leur rôle de ligatures vivantes; que l'on note enfin l'exposition des fentes et des conduits lymphatiques à l'offensive microbienne : voie muqueuse, pour le gonocoque et le staphylocoque (Reymond); voie lymphatique, pour le staphylocoque (Championnière-Delbet); voie veineuse, à la faveur même de la congestion massive, à sang noir, désoxygéné, de l'utérus gravide, contenant et contenu réaliseront, à nos yeux, les conditions optima au développement d'une hémorragie ou d'une infection.

Mais toutefois, en dehors du fait clinique de l'anémie consécutive à une trop abondante spoliation sanguine, l'hémorragie réalise peut-être actuellement, en tenant compte des moyens thérapeutiques qui peuvent lui être opposés utilement, l'éventualité plutôt souhaitable : elle réalise, en somme, une sorte d'autolavage « au sérum » qui nettoie les tissus, à condition toutefois qu'il n'y ait plus de manœuvre intracervicale utérine consécutive, ce qui, précisément, n'est

pas toujours le cas et qu'il n'y ait pas eu d'écoulement sanguin intrapéritonéal.

C'est ainsi que nous assistons fréquemment aux progrès d'une infection focale (endométrie), proximale (infection du paramètre), distale (thrombo-phlébite), péri-utérine (phlébite pelvienne, pelvipéritonite), généralisée (septicémie et septico-pyohémie).

Tel est le triste bilan qu'établira toujours l'expulsion du produit de la conception avant le septième mois de la gestation!

« Tous les efforts des accoucheurs n'ont pu arriver à réduire la mortalité et la morbidité de l'infection puerpérale. Hauch (de Copenhague) établit 3,8 p. 100 et 42 p. 100 à la suite d'opérations obstétricales, césariennes exclues, et Andérodias 1,5 à 2 p. 100 et 20 à 25 p. 100. » *A fortiori* en est-il ainsi dans les post abortum. C'est un point mort atteint depuis 1900.

Nous concluons donc, après cet aperçu général, qu'accident volontairement provoqué ou incident fortuit et spontané, les lendemains de cette faillite dangereuse restent exposés, sinon toujours dominés, par des risques mortels.

L'examen du protocole des manœuvres abortives indirectes ou directes, incriminées dans la plupart des cas de décollement des membranes ou de ponction intra-utérine de l'œuf, corrobore toutes ces réserves; il en va de même à l'analyse des effets obtenus par l'absorption d'emménagogues, dont les désordres mesurent fidèlement les degrés de l'intoxication, *primum movens* recherché.

Nous soulignerons dès lors l'importance que revêt la notion d'un ou de plusieurs avortements dans les antécédents personnels des jeunes malades, atteintes d'affections gynécologiques en général, d'affections salpingiennes en particulier.

Et cet important chapitre de pathologie annexielle que nous allons ouvrir précisera l'interdépendance qui lie la question de tous les avortements à celles des pyosalpinx et des grossesses ectopiques.

Nous rappellerons ainsi aux dissidentes volontaires et coupables de la maternité l'imprécation du grand Ovide : « O femme, pourquoi dépouiller la vigne du raisin qui grossit ? et, d'une main cruelle, essayer d'arracher un fruit vert ? Pourquoi déchirer vos entrailles d'un fer homicide ? Pourquoi donner un poison mortel à l'enfant qui n'est pas encore animé ? Jamais on ne vit pareille cruauté chez les tigresses de l'Arménie. Il était donc réservé à de tendres beautés de le faire, mais non impunément. En tuant son fils dans son sein, souvent la mère périt elle-même, et sa mort est juste. »

La femme tue la mère plus souvent que la mère ne tue la femme.

CHAPITRE II

DE LA MORBIDITE ET DES SEQUELLES DANS LE POST ABORTUM : LE DANGER ANNEXIEL

Il y a 15.000 morts, en France, par an, soit 5 p. 100 des 300.000 avortements, et Jumelin, en 1920, établissait que sur 176 avortements (moyenne annuelle à Marseille, depuis huit ans) soignés à l'Hôpital de la Conception, il y avait 42 décès.

Les statistiques établies dans les diverses communications publiées par le *Bulletin d'obstétrique et de gynécologie* marquent des écarts très nets. Nous leur reconnaissons un intérêt bibliographique.

Arrêtons-nous à celle que publiait Spinakoff, en 1912, dans le service du Professeur Pinard (Clinique Baudelocque). 72 cas d'avortements furent enregistrés. Il y eut 33,33 p. 100 de morbidité immédiate, parmi lesquels : 61,11 p. 100 des cas donnèrent lieu à une délivrance quasi spontanée; 38,38 p. 100 à une délivrance artificielle; 48 p. 100 à des hémorragies profuses; 11,11 p. 100 à des rétentions prolongées, de vingt-quatre heures de durée pour deux cas, de huit jours pour un cas. L'absence de cas mortel et les suites favorables observées permirent à l'auteur de conclure : « Le pronostic des avortements, du point de vue clinique, est plutôt bénin. » Cet optimisme ne saurait résister davantage à la logique des faits : telle ou telle malade quitte le milieu hospitalier, parfois sur sa demande expresse et virtuellement guérie, qui traînera une petite santé dès son retour en milieu familial.

Usquin, en 1907, publiait une statistique de 563 avortements, sur 2908 accouchements, et notait que, si 340 cas n'avaient pas laissé de rétention (soit 60,39 p. 100), 233 en

avaient présenté, dont 34 primipares et 189 multipares; que, sur ces 223 cas, 36 n'avaient pas eu de complication en milieu hospitalier, mais que 187 avaient présenté des accidents morbides, dont 5 morts, soit : 2,67 p. 100 des cas de rétention, 121 hémorragies, 121 poussées thermiques et 57 émissions de lochies fétides.

Blondel fixe les cas de morbidité à 30 p. 100; Boissard, à 61,66 p. 100 (1906) et 37,59 p. 100 (1912); Rimette, 54,34 p. 100; Hergott, 31,12 p. 100; Fabre et Rheuter, 32,5 p. 100.

Si l'on songe que ces chiffres ne s'appliquent qu'à des malades hospitalisées et ne peuvent tenir compte des nombreuses femmes qui ont avorté incognito, chez elles ou dans des officines clandestines; si l'on songe un instant à toutes celles qui sont assurées d'une impunité, à l'ombre du secret professionnel; si l'on songe, enfin, à toutes celles dont le mutisme ou les réticences éclairent mal l'étiologie d'un *état annexiel* qui détermine leur admission dans des services chirurgicaux ou gynécologiques; si l'on songe aux cas retardés ou aux petits états chroniques qui n'ont même pas déterminé les malades à des soins médicaux, on admettra d'avantage qu'elles sont plus nombreuses qu'on ne le croit ordinairement; que les statistiques susvisées sont fragmentaires et que le chiffre de 19 p. 100 établi par Blondel, et de 16 p. 100 par West (de New-York) sont au-dessous de la réalité.

Les séquelles de l'avortement — surtout criminel — sont, en effet, plus fréquentes. Demelin, dans le *Journal du praticien*, en donne une étude intéressante : « Persistance démesurée des pertes lochiales ou sanglantes, dit-il, surtout cellulites, unilatérales d'habitude, paramétrites d'il y a vingt-cinq ans, œdèmes ou phlegmons du ligament large de jadis, peu enclins à s'abcéder ou du moins à se collecter, gagnant parfois jusqu'à la fosse iliaque et s'accompagnant de douleurs et, dans les cas bénins, de fatigues inexpliquées, de difficulté ou de paresse à marcher, de névralgies pelviennes, lombo-abdominales, abdomino-génitales, métrites, salpingo-

ovarites déjà nommées, adhérences péri-utérines, et dont on connaît la chronique ténacité, sans préjudice de leurs complications plus ou moins redoutables.

» Enfin, dans le cadre des grossesses et accouchements ultérieurs, la liste n'est pas close. On dit que les Françaises ne savent plus accoucher. On accuse les hauts talons, le corset, la suppression du corset, la mode de se faire maigrir à l'aide de préparations pharmaceutiques... et l'on constate, sans en dévoiler la cause, une grossesse extra-utérine ou bien une série de fausses couches successives — avortements à répétition — involontaires cette fois. Sans oublier certaines insertions vicieuses du placenta, certaines atonies utérines au moment du travail, certaines hémorragies de la délivrance avec infection puerpérale consécutive à la rétention des caillots; pis encore, la rupture utérine, dite spontanée, c'est-à-dire vraiment sans manœuvres, au cours de la grossesse actuelle ou pendant l'accouchement, alors que la présentation était bonne et qu'on n'avait pas employé de médicaments ocytotiques, de ces malheurs que rien ne fait prévoir... et tout cela, poursuit Demelin, à l'époque même où de notables progrès ont été réalisés dans le traitement préventif des viciations pelviennes et de l'éclampsie... »

Les séquelles des avortements seront aussi bien annexielles qu'utérines, puisque la continuité de la muqueuse elle-même et l'existence d'un réseau lymphatique uni et indivisible, bien établie par Lucas-Championnière, Wallich et Poirier, est universellement affirmée.

CHAPITRE III

DES RELAIS OUVERTS A L'INFECTION ASCENDANTE DANS LE POST ABORTUM — LE STADE UTERIN FAIT ORDINAIRE- MENT LE LIT A UNE COMPLICATION ANNEXIELLE UNI OU BILATERALE

Nous voyons, en effet, que le progrès de l'infection, dans les lendemains de l'avortement, présentent deux aspects différents mais complémentaires, qui correspondent à deux stades distincts : altération de la muqueuse d'une part, infiltration du parenchyme et du muscle utérin d'autre part. Altérations endo-annexielles, épithéliales, enfin.

Altérations muqueuses : l'infection est primitivement localisée à la muqueuse utérine. La couche la plus superficielle de celle-ci est semée de microbes : chaînettes de streptocoques, bactéries saprophytes. Au-dessous de cette zone, se trouve la muqueuse nécrosée, en voie de dégénérescence vitreuse trouble; plus profondément, réside la zone granuleuse, constituée de cellules embryonnaires et de leucocytes. Cette zone est vierge; elle constitue la première barrière de protection : c'est sa rupture qui, dans le post abortum, comme du reste dans le post partum, ouvre les hostilités.

L'infection pénètre ensuite en profondeur et envahit le muscle utérin lui-même (endométrite déciduale). Les agents microbiens et leurs toxines pénètrent dès lors aussi bien électivement dans les pertuis et les espaces lymphatiques que dans les sinus utérins. Des abcès se vident en plein tissu musculaire. Il y a infection interstitielle, et ce qui en fait la démonstration, c'est qu'un noyau fibromateux interstitiel, éloigné du point d'inoculation placentaire, pourra être infecté

par voie lymphatique et par voisinage, pourvu toutefois qu'il ne soit pas trop éloigné de la muqueuse, mais à plus forte raison si l'endométrite ou la pyométrite revêtent un caractère nettement évolutif. Il n'est nullement indispensable que ce noyau ait été sous-muqueux ou dénudé.

L'infection, à point de départ endocavitaire, fait tache d'huile. L'anatomo-pathologie du terrain annexiel, dans les cas des pyosalpinx, que nous étudierons plus loin, rappellera singulièrement les modifications histo-pathologiques ainsi décrites.

DEUXIÈME PARTIE

AVORTEMENT ET GROSSESSE TUBAIRE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

E. Haeusermann, en 1928, comparait, dans une publication de *Zentralblatt für Gynäkologie*, les statistiques de grossesse extra-utérine (1911 à 1918 et 1920 à 1926). On note un accroissement considérable de grossesses tubaires, que l'auteur attribue à l'augmentation du nombre des salpingites succédant à des avortements provoqués. D'autre part, ses statistiques concluent à 1,1 p. 100 de mortalité sur 443 cas non infectés, et 24 p. 100 sur 61 cas infectés.

Lenormant et Hartmann Keppel, sur 48 cas de grossesses ectopiques (1919-1923), observent que bon nombre de malades ont des antécédents chargés (avortements, métrites...). Dans 13 cas, soit le quart des observations, ils retrouvent la coexistence indiscutable de lésions (salpingite du côté opposé : 6; fibrome : 7; kyste du parovaire : 4).

Oettingen, sur 164 cas (Clinique d'Heidelberg : 1909 à 1919), rencontre des lésions unilatérales dans 64 cas, soit 34,2 p. 100, et bilatérales dans 54 cas, soit 43,8 p. 100.

Sur 28 cas de grossesse extra-utérine publiés *in* thèse Casalis (Paris, 1919), nous retrouvons 9 cas de fausses couches dans les antécédents; sur 25 cas de grossesses tubaires isthmiques, publiées *in* thèse Beau, nous notons également 4 cas de fausses couches dans les antécédents. Nous publierons même l'observation VII, intéressante par la succession de deux grossesses ectopiques après la fausse couche, qui nous paraît devoir être incriminée.

P. Burger cite le cas d'une femme de 29 ans ayant eu deux grossesses et trois fausses couches, auxquelles succéda une grossesse extra-utérine.

Dragomiresco relate le cas d'une femme de 25 ans, qui fit une fausse couche de deux mois trois ans auparavant; or, cette malade, après avoir fait une première grossesse extra-utérine, récidiva dans la même trompe, et après intervention chirurgicale. Il en déduit que, parmi les causes évoquées de grossesse extra-utérine, la plus satisfaisante est celle qui tient les petites infections utéro-annexielles du post abortum ou du post partum comme jouant un rôle incontestable, à l'instar de la bacillose annexielle. Fournier soutient ce point de vue, et Casalis en publie 9 cas sur 28, dans sa thèse.

Guibé publie un cas d'une malade, âgée de 29 ans, ayant fait à 23 ans une fausse couche de trois mois suivie d'un curettage et ayant présenté ultérieurement une seule et unique grossesse extra-utérine.

Keller, en 1922, cite le cas d'une autre malade, âgée de 36 ans, ayant présenté un accouchement normal en 1906, un avortement de deux mois en 1907, opérée d'une grossesse tubaire en 1912 et d'une seconde grossesse extra-utérine en 1922.

Chavannaz rend compte au Congrès de chirurgie de 1910 du cas intéressant d'une jeune malade de 26 ans (X... (A.), obs. V), réglée à 11 ans; première grossesse à 17 ans; deuxième à 18 ans; quatre autres grossesses terminées par des avortements; opérée en dernier lieu pour pyosalpinx gauche et postérieur et pour grossesse extra-utérine.

Certes, pour expliquer cette greffe anormale de l'œuf dans la trompe, en un point quelconque, du reste, les théories les plus diverses ont leurs protagonistes convaincus, témoignant par ailleurs que si la plupart répondent à quelques cas particuliers, aucune ne saurait à elle seule résoudre la généralité des faits.

Mauthner estime que le facteur mécanique (lésions des annexes) est moins important que le facteur biologique (degré de maturité de l'ovule).

Pour Garriga Roca, la grossesse tubaire dépend d'une réaction déciduale de l'ovaire ou de la trompe, « peut-être même, ajoute-t-il, à une accélération du développement de l'ovule ». Il conteste la responsabilité des accidents inflammatoires aigus ou chroniques et des tumeurs annexielles, qui, « même lorsqu'ils existent, sont de simples coïncidences ».

« Si l'infection antérieure était en cause, pourquoi verrait-on plus fréquemment des grossesses ectopiques de nos jours, où il y a moins d'infection puerpérale ?... D'ailleurs, si l'infection était en cause, on devrait trouver une muqueuse utérine malade dans les cas de grossesse ectopique; or, les examens qu'on a faits montrent que cette muqueuse est saine. »

Van Etten, sur 77 cas de grossesse tubaire observées dans son service (in the Sloane Hospital for Women, New-York) ne trouve (1926-1930) que 8 cas, soit 10,4 p. 100 ayant démontré des signes d'inflammation antérieure ou coexistante des trompes; et il conclut que la majorité des cas de grossesse extra-utérine n'ont pas d'antécédents annexiels infectieux, « contrairement aux croyances les plus ordinairement admises ».

Tainturier, sur 75 observations, prises avec soin et très complètes de grossesse extra-utérine, relève 26 fois une métrite post-puerpérale, et 19 fois des accidents indéterminés d'infection banale des voies génitales, ce qui fait que des lésions ont pu être affirmées presque dans les deux tiers des cas.

Tipakoff, en 1894, étudiant l'étiologie de 5 observations personnelles, pouvait affirmer que dans 4 cas on trouvait des lésions génitales antérieures, causes des grossesses ectopiques : 3 cas avaient présenté un processus blennorrhagique, 1 cas était marqué d'une abondante leucorrhée de nature imprécise.

Grieser, en 1924, à propos de 4 cas, donne comme cause tantôt des contractures tubaires par troubles de la nutrition, tantôt une simple occlusion mécanique. Il va jusqu'à soutenir que « l'insuffisance alimentaire depuis la guerre » aurait ainsi une action sur l'augmentation des grossesses ectopiques signalées par Kohler et Ricker.

Lehmann rapporte le fait d'un kyste para-ovarien ayant agi comme agent de compression de la trompe et de déformation.

Lahm cite le cas d'un polype de la trompe.

Von Franqui, Füh, Kroener, Gaskisch, Wertheim, incriminent des facteurs congénitaux, ayant observé des grossesses tubaires où l'œuf paraissait implanté « dans de véritables diverticules de la trompe, dans des sortes de trompes secondaires terminées en cul-de-sac ».

Sippel, Lindenthal et Hitschmann accusent dans certains cas des fibromes utérins. Leur situation, voisine de l'ostium uterinum, en donnerait la raison; de même pour des tumeurs endosalpingiennes (fibro-myxomes ou polypes muqueux), pour les tumeurs exosalpingiennes et les adhérences de pelvi-péritonite provoquant différemment des coudures, des angulations, des torsions, des phénomènes directs de compression entraînant une oblitération progressive et définitive de la trompe, néanmoins obstruction insuffisante pour barrer le chemin aux spermatozoïdes, mais suffisante pour bloquer en amont tout ovule augmenté de volume par la fécondation. La tête du spermatozoïde présente, en effet, un diamètre 50 fois plus petit que celui de l'ovule. D'autre part, la desquamation des cils vibratiles, d'origine infectieuse, ne sollicitera plus la migration de cet ovule emprisonné. Néanmoins

nous pouvons en déduire que l'ostium abdominale ne s'oblitére qu'après la fécondation, car la première condition pour qu'il y ait grossesse, normale ou non, c'est que la trompe soit restée ou redevenue perméable. La physiologie de la grossesse ectopique et normale part du même point, mais l'œuf fécondé extra-utérin ne peut plus se développer qu'autant qu'un processus pathologique antérieur aura lui-même amené une modification histologique dans les tissus sur lesquels il est peut-être mécaniquement arrêté.

Pozzi incriminait le rôle de bourgeons charnus et vasculaires anastomosés, formant des cavités irrégulières, et dont « l'épithélium était tombé presque partout, les cellules étant déformées et le faisant ressembler à des segments de glandes, les vaisseaux étant eux-mêmes volumineux et dilatés ».

Déjà quelques années auparavant Runge, Werth, Lawson Tait, Noble, Galtschalle, s'étaient faits les protagonistes ardents de l'étiologie des grossesses extra-utérines par « salpingite desquamative ».

Naturellement, l'opposition se leva sous les plumes de Blain, Sutton (1891) et Martin, Weit; en 1893, Pagny, Webster; en 1901, Couvelaire. Pour eux, l'origine de la salpingite desquamative n'était pas d'ordre infectieux, mais de réaction physiologique, lors du passage intratubaire de l'œuf.

L'étiologie des grossesses extra-utérines apparaît donc comme très complexe, mais nous entrevoyons déjà, d'après cet aperçu historique succinct, qu'elle se cristallise autour de deux pôles : l'infection des annexes, la modification de l'œuf. Nous ne citerons, pour être complet, que la théorie de Heurotin, Zweigel et Hergoy, qui défendaient les anomalies du canal de Müller; celle de Karl Abel, qui défendait les malformations tubaires. Nous demanderons à la théorie de Moraux de faire ses preuves; pour lui, l'épithélium tubaire se modifie dès qu'un follicule de de Graaf arrive à maturité. Il perd son caractère cilié (Lawson Tait), pour prendre des caractères glandulaires. L'ovule sera déplacé par les mouvements péristaltiques de la trompe.

Nous demanderons à la théorie de Weit de nous démontrer que la salpingite agit en réduisant la lumière de la trompe à son minimum par boursoufflement muqueux, le plus léger catarrhe pouvant dès lors amener des troubles dans la fonction des cils vibratiles.

Nous demanderons à Scauzani de ne pas admettre scientifiquement que les « produits muqueux, sécrétés dans ces conditions par la trompe en très grande quantité, peuvent faire simplement obstacle à la migration de l'œuf ».

Attendons, enfin, l'épreuve expérimentale qu'apporte Schil aux idées de Fraenkel et Pikow, sur l'action de la sécrétion interne du corps jaune en tant qu'excitateur du péristaltisme lui-même de la trompe, action pouvant être modifiée (affections du corps jaune, kystes), et aboutissant alors à la nidation tubaire.

Et si le Professeur Pinard a écrit, dans son article du *Dictionnaire encyclopédique* : « Toutes les causes qui apportent un obstacle à la migration de l'œuf prédisposent à la grossesse extra-utérine » (il ne dit pas provoquent), nous serons néanmoins forcé d'admettre que c'est l'*infection* qui, en définitive, obtient le plus grand nombre de suffrages; que les lésions inflammatoires annexielles succédant à une grossesse, aussi bien qu'à un avortement, passent au premier plan; que la fonction ne crée pas l'organe; que des lésions histologiques caractérisées existent indiscutablement; que ces lésions entraînent elles-mêmes une complication fréquente de la grossesse extra-utérine : l'hématosalpinx (Brindeau), car, au niveau de l'insertion placentaire, nous disent Faure et Sirey, les villosités choriales par insuffisance de nutrition s'atrophient peu à peu, se rétractent, ouvrant ainsi dans les lacs sanguins, qu'elles pénètrent, des voies par où le sang s'échappe en légères hémorragies, qui se répètent et décollent progressivement l'œuf. Couvelaire admet, de plus, que l'excès de tension dans les espaces intervilloux, rompt les villosités grêles et atrophiées, et que le sang fait effraction, décollant progressivement l'œuf.

En conclusion, nous dirons : la perméabilité de la trompe est l'exception après tous les processus infectieux aigus, en général; dans le post abortum, en particulier; le passage de ces salpingites, à l'état subaigu ou chronique, peut néanmoins se faire sans obstruction tubaire; dans l'éventualité d'une fécondation, la grossesse a des *chances* de passer intra-utérine; elle s'arrête, en général, dans les deux tiers externes de la trompe, car c'est dans ce segment que le microscope décèle les plus nombreuses lésions profondes de la muqueuse : « une hypertrophie musculaire, une dilatation des vaisseaux avec de petites apoplexies pariétales » (Pozzi), ou bien — comme dans une réponse du Laboratoire pour une pièce opératoire examinée sur la demande de M. le Professeur Guyot : « La muqueuse tubaire a parfois conservé sa disposition générale, mais parfois elle se tuméfie; l'épithélium de revêtement ne présente plus alors que des cellules, les unes normales, d'autres globuleuses; elles ont perdu leurs cils vibratiles et, par place, des leucocytes s'infiltrent entre elles. Le reste des parois a tendance à s'œdématiser fortement. Outre l'infiltration œdémateuse, on peut voir des lymphocytes gorgés de leucocytes, de nombreux capillaires dilatés et des abcès miliaires de toutes tailles, le tout évoluant sur des tissus présentant déjà des cicatrices d'inflammation ou d'infection anciennes, telles que zones de sclérose, cellules plasmatiques et vaisseaux à parois très épaissies. »

La salpingite, pas plus que la métrite, n'est favorable au développement *normal* de l'œuf.

J.-L. Faure et Siredey nous résument la question dans le *Traité de gynécologie*. Pour eux, « les causes qui déterminent le développement de l'ovule fécondé en un lieu anormal restent méconnues. Sans aucun doute, les salpingites anciennes, les inflammations tubaires, la desquamation de l'épithélium et la perte des cils, le rétrécissement inflammatoire de l'ostium uterinum en sont la cause la plus commune. Mais on a souvent trouvé la trompe intacte, et peut-être ne faut-il voir souvent, dans cet arrêt de l'ovule en un point

anormal, que l'effet de causes fortuites. Peut-être doit-on invoquer aussi certaines prédispositions anatomiques et physiologiques ».

Si donc l'avortement n'est pas toujours la cause déterminante, il reste, à coup sûr, la cause la plus favorisante ou aggravante.

CHAPITRE II

STATISTIQUES ET OBSERVATIONS

I. — *Statistiques.*

TABLEAU I

Grossesses extra-utérines et antécédents de fausses couches.
(Travail du Service de M. le Professeur J. GUYOT.)

N ^{os}	Années	Noms	Age de la fausse couche	Temps écoulé	B.-W.
1 . .	1929.	A... (R.).	3 mois.	2 ans.	
2 (3).	1929.	A... (N.).	5 mois 15 jours.	15 ans.	
3 (4).	1929.	C... (M.).	4 mois.	7 ans.	—
4 (11)	1930.	D... (M.).	2 f. c. non précisée.	?	
5 (21)	1931.	S... (V.).	3 mois.	8 ans.	
6 (24)	1931.	L... (M.).	1 mois 15 jours.	5 ans.	
			1 f. c. non précisée.	?	
7 (23)	1932.	B... (H.).	3 mois.	4 mois.	—
8 (25)	1932.	A... (L.).	2 mois 15 jours.	1 an.	
9 (27)	1932.	C... (M.).	4 mois.	7 ans.	
10 (29)	1932.	M... (E.).	?	9 ans.	
11 (30)	1932.	B... (T.).	1 f. c. récente.	?	
12 (36)	1933.	L... (A.).	2 mois.	?	—
13 (37)	1933.	V... (O.).	?	9 ans.	

TABLEAU II
(Autres cas publiés.)

N ^{os}	Années	Noms	Age de la fausse couche	Temps écoulé	B.-W.
14. . .	1919.	A... (n ^o 7, <i>in</i> thèse Beau).	?	4 ans.	—
	1919.	D. . (n ^o 9, <i>id.</i>).	?	8 mois.	
	1919.	L... (n ^o 10, <i>id.</i>).	?	7 ans.	
	1919.	R... (n ^o 18, <i>id.</i>).	3 mois.	3 ans.	
15. . .	1927.	S. V. (<i>in</i> Dejaradin).	?	2 mois.	
16. . .	1928.	X.... (<i>id.</i>).	1 avortement.	?	

II. — *Observations.*

Sur 1.456 cas de malades hospitalisées à l'Hôpital André-Boursier, dans le Service de M. le Professeur Guyot, on note donc, de 1929 à 1934 :

39 grossesses extra-utérines,

dont 13 cas avec antécédents d'une fausse couche (Voir le tableau précédent),

soit 33 p. 100 de ces grossesses.

N° 1. — 29-134. All... (Raymonde).

N° 2. — 29-135. Sin... (Stéphanida).

N° 3. — 29-136. App... (Noélie).

N° 4. — 29-137. Cap... (Marthe).

N° 5. — 29-138. Gun... (Marguerite).

N° 6. — 29-139. Léo... (Jeanne).

Soit 6 cas d'hospitalisation pour grossesse extra-utérine en 1929.

N° 7. — 30-147. Med... (Maria).

N° 8. — 30-148. Lac...

N° 9. — 30-149. Lac... (Marguerite).

N° 10. — 30-150. Boy... (Jeanne).

N° 11. — 30-151. Dou... (Marie).

N° 12. — 30-152. Laf... (Jeanne).

N° 13. — 30-153. Bas... (Henriette).

N° 14. — 30-154. Rom... (Anastasie).

N° 15. — 30-155. Dar... (Blanche).

N° 16. — 30-178. Cas... (Angèle).

Soit 10 cas en 1930.

N° 17. — 31-088. Por...

N° 18. — 31-153. Naz...

N° 19. — 31-201. Sou... (Yvonne).

N° 20. — 31-202. Jac... (Clémence).

N° 21. — 31-203. Sol... (Victorine).

N° 22. — 31-204. Dut... (Marie-Louise).

N° 23. — 31-205. Cons...

N° 24. — 31-206. Lau... (Marcelle).

Soit 8 cas en 1931.

- N° 25. — 32-056. Ber... (Henriette).
N° 26. — 32-067. And... (Lodoïse).
N° 27. — 32-071. Cou... (Marie).
N° 28. — 32-077. Ri... (Odette).
N° 29. — 32-080. Mil... (Elisa).
N° 30. — 32-081. Ber... (Thérèse).
N° 31. — 32-220. Les... (Marie-Louise).
N° 32. — 32-232. Fon... (Simone).
N° 33. — 32-270. Kra...

Soit 9 cas en 1932.

- N° 34. — 33-015. Rav... (Amélie).
N° 35. — 33-030. Gui... (Sophie).
N° 36. — 33-547. Lef... (Armande).
N° 37. — 33-065. Ver... (Odette).
N° 38. — 33-174. Pou... (Jeanne).

Soit 5 cas en 1933.

- N° 39. — 34-064. Dul... (Marie-Louise).

1 cas en 1934.

**A. — Observations dues à l'obligeance
de M. le Professeur Guyot.**

(Clinique gynécologique. — Hôpital André-Boursier.)

1929

N° 1. — All... (Raymonde), 26 ans. Entre le 9 septembre 1929, salle 2, lit 13; sortie le 24 octobre 1929 par guérison.

Traitement chirurgical (reliquat de grossesse extra-utérine, ovariectomie droite, appendicectomie).

La malade entre à l'hôpital pour douleur dans la fosse iliaque droite; le 30 août, dans l'après-midi, vers 19 heures, la malade est prise brusquement de nausées suivies d'une douleur très vive, à point de départ épigastrique et irradiant bientôt à tout l'abdomen.

Vers le milieu de la nuit surviennent des vomissements abondants. On fait appeler le Docteur Chavoix, qui, pensant à une intoxication alimentaire, administre de l'ipéca. La malade continue à souffrir et à vomir jusqu'au lundi suivant, puis ses douleurs se stabilisent et se fixent uniquement dans la fosse iliaque droite où la malade garde une sensation de battements et d'élancements. La fièvre, pendant la crise, a évolué autour de 38 degrés.

Antécédents personnels : Réglée à 14 ans; règles peu abondantes; durée, deux jours, avec toujours du retard. A toujours eu des pertes blanches dans l'intervalle et même avant l'établissement des règles. A 24 ans, *fausse couche de 3 mois*.

Examen à l'entrée au Service : Température, 37°5; pouls, 100. Malade fatiguée. Point douloureux appendiculaire, petit utérus mobile, douloureux; dans le cul-de-sac droit il existe une masse annexielle du volume d'une petite mandarine fixée et douloureuse; rien à gauche. A noter l'absence des règles aux 13 juillet et 13 août.

Examen du 3 octobre (Dr Villar) : Col à peu près normal; utérus de petit volume antéfléchi, mobile, avec peu de douleurs. Masse annexielle droite, très diminuée de volume, « petit œuf », mobile, douloureuse. Dans le Douglas, et surtout à droite, empâtement léger et semblant indépendant de l'annexe droite. Petites annexes perçues à gauche.

Diagnostic : Poussée d'annexite, appendicite et reliquat probable d'une *grossesse extra-utérine droite* avec vieux caillots organisés dans le Douglas.

Opération le 4 octobre 1929 (D^{rs} Villar et Mailhe) : Durée de l'anesthésie, 42 minutes; de l'opération, 32 minutes. « Laparotomie médiane sous-ombilicale. Un peu de sang noirâtre dans le ventre. On aperçoit immédiatement une tuméfaction noire verdâtre juxta-utérine droite, qui fait porter le diagnostic de grossesse extra-utérine isthmique; le péritoine est extrêmement rouge et friable. Décollement de l'ovaire droit adhérent au petit bassin. Section du pédicule utéro-ovarien au ras du ligament rond et de la corne droite. Hémostase délicate par suite de la friabilité des vaisseaux. Une bourse d'enfouissement est réalisée et semble assurer le reste de l'hémostase.

» *Deuxième temps* : On se porte vers la région appendiculaire où se trouvent des adhérences; gros cæcum à peine extériorisable. Appendice petit, rétro-cæcal, rouge, coudé en deux par un méso étalé. Ligature fil de lin. Ecrasement. Section au thermo. Moignon non enfoui. Drain n° 10 dans le Douglas. Fermeture en trois plans de la paroi : surjet péritonéal, surjet aponévrotique, points cutanés aux crins. Trois fils doubles extrapéritonéaux. » (C. O.).

N° 2. — Sin... (Stefanida).

Pas de fausses couches dans les antécédents personnels.

N° 3. — App... (Noëlie), 35 ans. Entrée le 2 mai 1929, salle 1, lit n° 2; sortie le 20 juillet 1929 par guérison.

Diagnostic d'entrée : Antéflexion, pyosalpinx droit avec pelvipéritonite.

La malade entre à l'Hôpital André-Boursier sur les conseils du Docteur Castaing parce qu'elle aurait eu dans la matinée du 1^{er} mai une violente crise dans le bas-ventre. Souffrait depuis vingt ans, à la suite d'une *fausse couche de 5 mois 1/2*, compliquée d'hémorragies et ayant laissé une forte métrite. La malade se soignait tant bien que mal avec des injections, des ovules et par cautérisations du col. Elle était toujours bien réglée, mais présentait d'abondantes pertes blanches qu'augmentaient la fatigue et la marche. Depuis six mois, la malade ne prenait plus d'injections, les pertes restent intermittentes mais abondantes. La malade remarque que son ventre ballonne de temps en temps; d'autre part, constipation opiniâtre.

Le soir du 30 avril, la malade se couche comme d'habitude; elle ne se souvient pas d'avoir ressenti dans la journée une fatigue particulière; et, tandis qu'au réveil elle veut aller à la garde-robe, une violente crise douloureuse dans le bas-ventre se déclenche avec vomissements. Pas de diarrhée. Arrêt presque total des gaz; rétention d'urine. Hospitalisation d'urgence.

Malade très fatiguée. La glace sur le ventre la calme rapidement. Dans la nuit du 7 au 8 mai, petites coliques. L'examen pratiqué par M. le Professeur Guyot révèle l'existence d'un petit col, un peu mou; cul-de-sac postérieur ne bombant pas, mais très douloureux; utérus en avant, mobile; pas de masse perceptible.

Examen du 25 mai (Prof. Guyot) : Au palper, masse douloureuse, surtout sensible à droite; côté gauche plus libre. Toucher vaginal : utérus en antéflexion, peu mobile, un peu bloqué. Très haut, masse annexielle droite très douloureuse et très peu mobile. A gauche, signes moins nets

3 juin : La malade se sent mieux; l'état général est plus satisfaisant; il n'y a plus de douleurs.

22 juin 1929 : Utérus en antéflexion, un peu mou. Tension artérielle : Mx, 15-14; Mn, 8-9; Io, 3.

28 juin : *Intervention* (M. le Prof. Guyot). *Grossesse tubaire droite* avec pelvi-péritonite et hydrosalpinx gauche. Appendicite.

Hystérectomie subtotal et appendicectomie.

« Dès le ventre ouvert, on protège le péritoine. On résèque l'épiploon et on fait un américain de gauche à droite, avec cautérisation du col et péritonisation à la Chapus avec l'anse sigmoïde. » (C. O.)

Examen complémentaire : B.-W. négatif. La recherche des villosités choriales n'a permis d'établir que la présence de caillots en voie d'organisation.

L'analyse d'urine avait révélé au 4 mai : traces d'albumine; 11 g. 80 de sucre et 0 d'acétone; au 7 mai : albumine et glucose, néant; acétone, présence.

Pas d'incidents. Guérison.

N° 4. — Cap., (Marthe), 35 ans. Entrée le 8 juin 1929, salle 1, lit 1; sortie le 13 juillet 1929 par guérison.

Diagnostic : *Grossesse tubaire rompue*.

Traitement chirurgical : Hystérectomie totale.

Envoyée au Service par le Docteur Vigouroux pour douleurs dans le bas-ventre. En 1922, la malade fait *une fausse couche de 4 mois* qui a nécessité un curage digital à Canolle. La malade s'est très bien portée par la suite, mais en 1923 elle présente une violente crise dans le bas-ventre, vomissements alimentaires et bilieux, constipation. Elle ne se rappelle pas si elle a présenté de la fièvre. Syndrome de pelvi-péritonite qui a nécessité le repos au lit pendant six mois avec glace sur le ventre pendant trois mois, injec-

lions chaudes, cataplasmes chauds sur le ventre. Auto-vaccin avec les pertes. Asthénie intermittente. En juin 1926, nouvelle crise de six mois avec même syndrome; de même en 1928, petites crises subintrantes. Douleurs violentes, généralisées à tout le ventre, quoique plus marquées à gauche, vomissements, fourmillements dans les cuisses. Diagnostic de grossesse posé chaque fois. Sur les conseils du Docteur Vigouroux, la malade, qui refusait une intervention, son mari désirant un enfant, décide son entrée à l'Hôpital.

Antécédents personnels : Réglée à 14 ans; pas de pertes; l'apparition des crises provoquait un retard dans l'apparition des règles, surtout depuis la fausse couche datant de sept ans.

Examen du 7 juin 1929 (Prof. Guyot) : Petit col mou. Utérus un peu gros sur la ligne médiane; en antéflexion légère. Cul-de-sac gauche induré, peu profond, avec petite masse dure et douloureuse. Cul-de-sac droit plus profond. Annexes droites moins douloureuses.

Tension artérielle : Mx, 14; Mn, 8; Io, 2 1/2.

Le 20 juin, *intervention* (M. le Prof. Guyot). Durée, 25 minutes. *Grossesse tubaire droite rompue*. Hystérectomie totale sans appendicectomie. « Dès le ventre ouvert, on voit du sang avec quelques caillots dont certains adhèrent à l'ovaire gauche; la trompe gauche est mobile. On décide une hystérectomie totale sans appendicectomie, suivie de péritonisation avec le méso-sigmoïde réuni au péritoine antérieur. La malade a pris une très forte quantité d'anesthésie, mais au début dort insuffisamment. Pas d'incidents. Drainage au drain n° 8. Examen de la pièce : hématosalpinx avec corps jaune de l'ovaire opposé. » (C. O.)

Ablation des fils de bronze le 2 juillet; des points le 8 juillet; exeat le 13.

Examens pratiqués : B.-W. négatif; urée sanguine, 0 g. 35 le 19 juin; 0 g. 15 le 25 juin.

N° 5. — Gun... (Marguerite).

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels.

N° 6. — Leo... (Jeanne).

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels.

1930

N° 7. — Med... (Maria).

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels.

N° 8. — Lac...

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels.

N° 9. — Lac...

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels.

N° 10. — Boy... (Jeanne).

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels.

N° 11. — Dou... (Marie), 36 ans, ménagère. Entrée le 11 octobre 1930, salle 4, lit 32; sortie le 21 décembre 1930 par guérison.

Diagnostic : Grossesse tubaire rompue avec hémorragie enkystée haute et métro-annexite.

La malade entre à l'hôpital pour douleurs dans le bas-ventre. Depuis déjà longtemps elle ressentait des douleurs, douleurs qui néanmoins ne l'avaient pas obligée à interrompre ses occupations. Alors qu'elle se trouvait en bonne santé, elle a été prise dans la nuit du 10 au 11 octobre de douleurs très violentes généralisées à tout l'abdomen, plus marquées à gauche. Ventre dur, contracturé, hyperesthésique; crise d'une durée de demi-heure. La malade a continué à vaquer à ses occupations durant la matinée, mais devant une nouvelle crise plus violente, l'hospitalisation d'urgence est décidée.

Antécédents personnels : Réglée à 16 ans, normalement.

Cinq grossesses, dont deux fausses couches et trois enfants en bonne santé.

Examen du 11 octobre : Abdomen hyperesthésié; le toucher vaginal est très douloureux; col gros, métritique; culs-de-sac empâtés, très douloureux. Cette douleur, jointe à la défense musculaire, empêche d'examiner les annexes. Mobilisation utérine très douloureuse et diminuée. Tension artérielle : Mx, 13; Mn, 7; Io, 1,5. En résumé : métro-annexite aiguë; repos, glace.

Examen du 3 novembre : Col petit, corps gros, remontant jus-

qu'à deux travers de doigt de l'ombilic, situé dans le cul-de-sac antérieur. Cul-de-sac gauche empâté et douloureux; à droite, plus souple, moins douloureux; postérieur, libre.

Examen du 24 novembre : Grosse annexe du volume d'un œuf, collé à l'utérus du côté gauche, mobile; utérus un peu antéfléchi, un peu gros, mobile. A droite, rien.

On discute le diagnostic d'une grossesse extra-utérine. On fait faire la réaction de Brouha et Simonnet : injection d'urine de la malade à une souris blanche, injection négative.

Intervention le 2 décembre. *Grossesse tubaire gauche* avec hémorragie enkystée haute. « Dès le ventre ouvert on pince la trompe et on décolle le kyste hématique, qui renferme peu de liquide et beaucoup de caillots. Du côté opposé, rien à signaler. Après résection de la trompe malade, ligature de tous les pédicules; on péritonise en bourse.

» Deuxième temps : appendicectomie. » (C. O.)

Suites opératoires normales; exéat. On expliquerait la réaction de Brouha négative par le fait que la rupture de l'œuf ait été ancienne et par conséquent ne pouvant donner un résultat positif.

N° 12. — Laf... (Jane).

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels.

N° 13. — Bas... (Henriette).

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels.

N° 14. — Rom... (Anastasie).

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels.

N° 15. — Dar... (Blanche).

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels.

N° 16. — Cas... (Angèle).

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels.

1931

N° 17. — Por...

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels.

N° 18. — Naz...

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels.

N° 19. — Sou... (Yvonne).

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels.

N° 20. — Lap... (Clémence).

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels.

N° 21. — Sol... (Victorine), 35 ans, couturière. Envoyée par le Docteur Andrieu. Entrée le 12 mars 1931, salle 1, lit n° 7; sortie le 5 avril 1931 par guérison.

Diagnostic : Grossesse extra-utérine gauche.

Traitement : Hystérectomie subtotale et appendicectomie.

La malade entre au Service parce que, depuis le 4 février 1931, elle perd beaucoup de sang et a souffert du bas-ventre, dans la fosse iliaque gauche principalement.

Antécédents personnels : Née à terme, nourrie au sein. Réglée à 13 ans 1/2, de façon irrégulière (6 jours de durée en moyenne), peu douloureuses au début, elles devinrent douloureuses à l'âge de 23 ans. Mariée à 22 ans, *deux fausses couches avouées*, l'une en 1923, de 3 mois; l'autre en 1926, de 1 mois 1/2. En juillet 1930, asthénie; énervements; état fébrile; amaigrissement marqué sans toux ni crachements; éruption cutanée, marquée aux poignets et à la figure, du type eczéma, très prurigineuse, surtout au moment des règles et donnant issue, par lésions de grattage, à une petite sérosité claire. Pertes blanches durant les grossesses.

Début de l'épisode aigu abdominal le 25 janvier 1931, après un retard de règles de sept jours; le 4 février, la symptomatologie se précise; puis une légère rémission apparue repousse au 12 mars la date d'admission à l'hôpital.

Examen à l'entrée : Pouls, 90; température, 37°3; Tension artérielle : Mx, 14; Mn, 6; Io, 2. Réflexe oculo-cardiaque, 90-85.

Col un peu mou; utérus antéfléchi, mobile, ni gros ni douloureux; grosse masse dans le cul-de-sac postéro-latéral gauche et un peu postérieure.

Intervention opératoire le 13 mars : Grossesse extra-utérine gauche avec petite hématoçèle enkystée. Hystérectomie subtotala, car il existe du côté droit des lésions annexielles anciennes, avec adhérences. « Dès le ventre ouvert, on ne voit pas de sang dans le ventre; on voit seulement une masse annexielle d'apparence inflammatoire. Hystérectomie américaine, en allant de droite à gauche : c'est après avoir libéré les annexes droites adhérentes que l'on voit à gauche une masse kystique d'apparence noirâtre, formée par une petite hématoçèle, peu volumineuse, qui est enlevée avec l'utérus et dont la membrane est ensuite décollée au doigt. Ligature de tous les pédicules; péritonisation que l'on est obligée de refaire deux fois, le catgut lâchant et cassant. L'appendice est rouge, enflammé, il est enlevé avec section première de la base de l'appendice; surjet péritonéal; surjet musculaire; surjet aponévrotique. Pas de fils métalliques. Drain non perforé, drainant l'espace sous-péritonéal et sortant par l'extrémité gauche de la péritonisation pelvienne. Durée de l'opération, 30 minutes.. » (C. O.)

Suites opératoires normales.

N° 22. — Dub...

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels.

N° 23. — Cons...

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels.

N° 24. — Lau..., 33 ans, ménagère. Entrée le 12 mai 1931, salle 3, lit 23; sortie le 15 juillet 1931 par guérison.

Diagnostic : Grossesse tubaire rompue et annexite droite.

Antécédents personnels : Réglée à 14 ans. Une fausse couche.

Bonne santé jusqu'en février. A cette époque, lavant du linge pendant ses règles, la malade aurait eu froid et ses règles se seraient arrêtées. Quelque temps après l'arrêt de ses règles, la malade aurait vu apparaître des taches jaunâtres qui l'amènèrent à consulter le Docteur Dubreuil au dispensaire de Bagatelle.

Traitement médical de la métrite. Quinze jours après, le 30 avril, la malade éprouva de vives coliques qui l'obligèrent à s'aliter. Diagnostic de crise d'appendicite avec lésions annexielles concomitantes. Cette crise, traitée par la glace, le repos, les injections, dure jusqu'au 2 mai. Nouveaux vomissements et vertiges.

Examen à l'entrée : Facies subictérique. Ventre volumineux, adipeux et légèrement météorisé; défense de la paroi au niveau de la fosse iliaque. La palpation profonde est douloureuse au niveau des points ovariens; le point appendiculaire et cystique est négatif; la palpation bimanuelle des reins n'apporte aucun fait nouveau.

La percussion indique une submatité de la fosse iliaque, presque au ras de l'E. I. A. S. et plus marquée à gauche. Cette submatité a l'air de se déplacer. Le col est gros, de consistance et de situation normale, remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic; cul-de-sac droit souple, mais légèrement douloureux; on ne sent pas de masses annexielles. A gauche, rien à signaler. Cul-de-sac postérieur très douloureux et nodule douloureux paraissant faire corps avec l'utérus (noyau fibromateux [?]); la mobilité utérine est normale; la mobilisation est douloureuse. En conclusion : Grossesse avec annexe.

Le 18 mai, les événements se précipitent et font poser le diagnostic de rupture tubaire. L'ouverture du ventre montre une trompe droite rupturée avec des débris d'œuf adhérents à l'épiploon, le cul-de-sac de Douglas étant comblé par des caillots non organisés. Résection salpingo-ovarienne droite en V. Ligatures séparées des pédicules qui sont rapprochées. Drainage Mikulicz. Suites opératoires normales.

1932

N° 25. — Ber... (Henriette), 29 ans, journalière. Entrée le 30 juin 1932, salle 2, lit n° 13; sortie le 27 août.

Diagnostic préopératoire : Grossesse extra-utérine ou kyste de l'ovaire.

Diagnostic postopératoire : Grossesse extra-utérine et kyste de l'ovaire.

Annexectomie le 29 juillet 1932 (Dr Villar).

La malade entre à l'hôpital parce qu'elle souffre au bas-ventre, surtout à droite.

Antécédents personnels : Quelques pertes empesant le linge; deux grossesses à terme; en février dernier, *une fausse couche de 3 mois*. En mai, les règles sont venues à leur époque, mais beaucoup plus pâles que d'habitude. En juin, vers la fin des règles, douleur dans le bas-ventre, vertiges; pas de pertes noirâtres; seins —.

Examen à l'entrée : Inspection et palpation négatives; mais, au toucher combiné, col en position normale, orifice cervical fermé, mais légèrement ramolli. Corps sensiblement augmenté de volume; cul-de-sac droit occupé par une masse, ayant un peu basculé à l'arrière, douloureuse à la pression, et irradiant à droite. Grosseur d'une noix. Culs-de-sac gauche et postérieur, Douglas normaux. On pense à une grossesse avec réserves pour sa nature extra-utérine, à cause de la masse annexielle droite.

Réaction de Brouha + avec réserves; on attend l'épreuve de l'augmentation de volume de l'utérus pour préciser la nature intra ou extra-utérine de la grossesse.

B.-W. négatif.

Le 11 juillet : seins +; le 12 juillet : perte spontanée de sang, bien rouge, à la date présumée des règles.

Le 25 juillet : Brouha —.

Le 28 : Tension artérielle : Mx, 10,5; Mn, 5; Io, 2.

Le vendredi 29, intervention (Dr Villar) : *Annexectomie droite*.

« Laparotomie médiane sous-ombilicale. Dès le ventre ouvert, on constate la présence d'un trompe dilatée, remplie de sang, entourée d'adhérences, recouvrant un gros ovaire kystique du volume d'une petite mandarine. Annexectomie facile. Péritonisation. Appendicectomie complémentaire, l'appendice étant nettement malade. Réfection de la paroi en trois plans sans drainage. » (C. O.)

N° 26. — Lod... (Andrée), 19 ans, femme de chambre. Entrée le 2^e avril 1932, salle 3, lit 27; sortie le 7 juin 1932 par guérison.

Diagnostic : métro-annexite chronique et kyste de l'ovaire gauche. Ablation des annexes gauches et appendicectomie en mai.

Entre pour douleurs dans le bas-ventre et pertes jaunâtres.

Antécédents personnels : Aurait présenté une grossesse anormale (G. E.-U. [?]). En 1931, *fausse couche de 2 mois 1/2*.

Histoire de la maladie : Souffre et perd depuis sa fausse couche. Douleurs dans le bas-ventre à prédominance dans la région annexielle droite, souvent irradiée à la région lombaire et aux membres inférieurs. Cette douleur est devenue continue, avec des paroxysmes entre lesquels elle diminue sans jamais disparaître complètement. Jamais de vraie crise aiguë, de fièvre ni de vomissements. Douleurs à la miction ; pollakiurie nocturne. Règles plus abondantes qu'avant la fausse couche, accompagnées de caillots.

Examen : Signes fonctionnels : la malade, depuis son entrée au Service, éprouve une grosse atténuation de ses brûlures à la miction et une atténuation notable de ses douleurs; la disparition presque complète de ses pertes jaunâtres depuis qu'elle est au repos et à la glace.

Au toucher vaginal, on note un col petit, un peu mou, admettant la pulpe d'un doigt; corps petit, antéversé et repoussé à droite par une grosse masse kystique gauche, mobile, molle, douloureuse, nettement distincte de l'utérus et débordant légèrement dans le cul-de-sac postérieur. Petite masse annexielle douloureuse à droite. Point appendiculaire sensible. En conclusion, métro-annexite chronique et kyste de l'ovaire gauche.

6 avril (Prof. Guyot) : 1° Cul-de-sac gauche profond. On devine une masse annexielle sensible; 2° Cul-de-sac antérieur dont la partie externe est libre, mais dont la partie interne présente une masse formant bloc avec l'utérus et remontant jusqu'au niveau de l'ombilic; 3° Cul-de-sac postérieur libre; 4° Cul-de-sac droit indolore.

Brouha négatif.

Opération le 3 mai 1932 (Prof. Guyot) : Anesthésie à l'éther; « kyste bombant dans le Douglas du côté gauche; ce kyste est tendu et mobile, cravaté à sa partie supérieure par la trompe gauche. On pratique l'ablation des annexes gauches. On inspecte

l'ovaire et la trompe opposées : la trompe est saine, l'ovaire est gros. Utérus petit. Après ligature des pédicules on cherche l'appendice qui est malade. Appendicectomie facile. Bonnes suites opératoires ». (C. O.).

Mais, le 11 mai 1932, température en clocher, qui reste inexpliquée jusqu'à l'évacuation spontanée d'un volumineux hématome resté ignoré à cause de l'adiposité très marquée de cette malade. Excellentes suites. Le 6 juin, les culs-de-sac sont souples; le gauche encore un peu empâté. Exeat le 7 juin.

Revient au Service le 19 décembre 1932.

Diagnostic : Annexite droite avec périviscérite étendue.

Hystérectomie subtotale le 3 janvier 1933 (Prof. Guyot) : Greffes ovariennes.

« Annexite droite avec périviscérite étendue ayant évolué malgré l'ablation d'un kyste de l'ovaire gauche. Dès la paroi ouverte, adhérences de l'épiploon à la paroi et à l'intestin. Dans un premier temps, on est obligé de pratiquer des résections épiploïques jusqu'au ras du côlon transverse. Les adhérences libérées, on saisit facilement l'utérus, qui est petit, et on dégage les annexes droites malades, avec ovaire kystique. Après hystérectomie on pratique la péritonisation à la Chaput. Fermeture de la paroi aux fils métalliques. A la fin de l'opération, on met deux greffes ovariennes, en se servant de la partie inférieure de l'incision abdominale et en faisant un trajet jusqu'à la partie antérieure des grandes lèvres avec une pince de Richelot; drain n° 9. » (C. O.)

Guérison.

N° 27. — Cou... (Marie), 34 ans. Entrée le 21 mars 1932, salle 1, lit 7; sortie le 14 mai.

Diagnostic opératoire : Métro-annexite bilatérale.

Diagnostic postopératoire : Grossesse extra-utérine (hématosalpinx).

Traitement : Hystérectomie subtotale. Appendicectomie.

Malade envoyée par le Docteur Rivière pour douleurs dans le bas-ventre, à gauche. Il y a sept ans, à la suite d'une fausse couche de 4 mois, la malade se mit à souffrir de tout le bas-ventre. En même temps, apparition de pertes blanches, plus abondantes

qu'auparavant. Dans la nuit du 9 au 10 février 1932, la malade, ayant ses règles, ressentit une vive douleur à gauche, avec température à 39 degrés, que ne calmèrent ni les applications chaudes ni les ovules. Pertes rosées, suivies au bout de quatre à cinq jours de pertes de sang rouge et de caillots à la suite desquelles la malade se sentit soulagée. Pertes jaunâtres, fétides, empesant le linge. Dernières règles le 12 mars.

Examen : Col en avant, déchiré, de consistance veloutée; corps en rétroversion légère, tombant dans le Douglas, gros, douloureux; cul-de-sac antérieur : masse à grand axe transversal, du volume du poing, molle, douloureuse à la palpation, relativement mobile et indépendante de l'utérus, chevauchant à la fois sur le cul-de-sac antérieur et le cul-de-sac latéral droit; cul-de-sac latéral gauche petit, légèrement empâté, pas d'annexes perceptibles; cul-de-sac postérieur occupé par la face postérieure de l'utérus, basculé dans le Douglas.

Tension artérielle : Mx, 15; Mn, 8; Io, 1,3.

Le 11 avril (Prof. Guyot) : utérus augmenté de volume avec grosse masse fluctuante très douloureuse à droite Brouha : —; B. W. : —.

Intervention le 19 avril 1932 (Prof. Guyot) : Anesthésie à l'éther.

1° Hystérectomie subtotal. Appendicectomie.

« Incision médiane sous-ombilicale. Dès le ventre ouvert, on aperçoit une masse volumineuse qui siège dans le cul-de-sac vésico-utérin, qui est très adhérente au grand épiploon. Celui-ci est pincé et sectionné entre deux pincées. Après avoir protégé le péritoine, on isole à la compresse et très facilement une masse oblongue qui apparaît alors de coloration bleuâtre. On la sépare facilement de la vessie et on aperçoit alors un gros utérus d'aspect marbré. On recherche le ligament postérieur droit et le ligament rond. On décolle une zone d'adhérences de la poche au péritoine pariétal droit; on examine alors les annexes du côté opposé. Les annexes gauches sont malades : vieille salpingite adhérente au pubis, qu'on décolle au doigt et qui incite à faire une hystérectomie. Celle-ci est pratiquée de droite à gauche, selon la méthode américaine. Le col est sectionné au bistouri, et la cavité cervicale cautérisée.

Péritonisation en réunissant le péritoine antérieur au péritoine postérieur, avec enfouissement du pédicule. » (C. O.)

2° Appendicectomie.

Suites opératoires normales. Exéat le 14 mai.

N° 28. — Ri... (Odette).

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels.

N° 29. — Mil... (Elisa), 31 ans. Entrée le 16 février 1932, salle 2, lit 9; sortie le 20 mars 1932.

Diagnostic : Grossesse extra-utérine, avec réserve pour rétention placentaire et annexite droite.

A 22 ans, *fausse couche* ayant nécessité un curetage. B.-W. négatif.

Le 23 février 1932, hystérectomie subtotala et appendicectomie; petit kyste de l'ovaire gauche et petit hydrosalpinx.

N° 30. — Ber... (Thérèse), 37 ans. Entrée le 19 novembre 1931, salle 1, lit 2; sortie le 16 mars 1932.

Diagnostic préopératoire : Réserves pour une grossesse extra-utérine ou un fibrome avec séquelles de pelvipéritonite par annexite bilatérale.

Diagnostic postopératoire : Grossesse extra-utérine.

Notion d'une *fausse couche récente* et d'un B.-W. négatif.

N° 31. — Les... (Marie-Louise).

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels.

N° 32. — Fon... (Simone).

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels.

N° 33. — Kra...

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels.

1933

N° 34. — Rao... (Amélie).

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels.

N° 35. — Gui... (Sophie).

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels.

N° 36. — Lef... (Armande), 35 ans, ménagère. Entrée le 6 décembre 1932, salle 3, lit 7; sortie le 22 mars 1933.

Diagnostic préopératoire : Infection pelvipéritonéale greffée sur un kyste de l'ovaire probable.

Diagnostic postopératoire : Hématocèle rétro-utérin par avortement tubaire gauche.

Entre à l'hôpital pour des douleurs dans le bas-ventre (Dr Bordeneuve).

Antécédents personnels : Trois grossesses normales et une *fausse couche de 2 mois*. Terrain métritique. Crises douloureuses subintrantes au moment présumé des règles, le 26 octobre. Le 24 novembre, nouvelle crise.

Examen : Point douloureux annexiel gauche et utérin, très net; légère défense de la paroi sans contracture vraie. Signe des seins —.

10 décembre : Phlébite du membre inférieur gauche.

2 février 1933 : Toucher vaginal : col mou, admettant la pulpe du doigt; cul-de-sac postérieur comblé par une masse diffuse, assez molle, débordant un peu à droite, mais surtout à gauche, où l'empâtement remonte haut.

En résumé, chez une malade relativement jeune, après une crise abdominale aiguë, on constate une collection liquide dans le petit bassin, à gauche. Il semble donc qu'il se soit agi d'une infection annexielle, avec réaction péritonéale, greffée sur un kyste de l'ovaire.

Le diagnostic postopératoire sera : *Grossesse extra-utérine gauche*. B.-W. négatif.

Exeat le 26 mars par guérison.

N° 37. — Ver... (Odette), 25 ans. Entrée le 28 avril 1933, salle 3, lit 18; sortie le 31 mai 1933 par guérison.

Diagnostic : Hématocèle rétro-utérine et latérale droite. *Grossesse extra-utérine*.

Traitement : Hystérectomie subtotala et appendicectomie.

Entre dans le Service pour douleurs abdominales et pertes de sang rouge.

Antécédents personnels : Une fausse couche il y a neuf ans; curetage au Tondou. A la suite de cette fausse couche, douleurs abdominales à type annexiel dans la fosse iliaque droite, se reproduisant à l'occasion des fatigues, accompagnées de pertes jaunes, et nécessitant pendant trois ans le repos à la chaise longue. Grossesse il y a quatre ans, avec phlébite double. Nouvelle grossesse il y a quinze mois. Entre ces deux grossesses, et depuis la dernière, les douleurs persistent, à maximum dans la fosse iliaque droite.

A l'intervention (Prof. Guyot) : Grossesse tubaire droite avec hématoecèle rétro-utérine. Hydrosalpinx du côté opposé.

Test de la lapine : Réaction faiblement positive (œuf mort [?]).

N° 38. — Pou... (Jeanne).

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels.

1934

N° 39. — Dul... (Marie-Louise).

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels.

*
**

L'étude de la formule sanguine a été faite dans tous ces cas de grossesse extra-utérine; nous n'avons pas jugé indispensable de publier les réponses correspondant à chaque cas, mais il est utile de souligner parfois l'importance d'une anémie.

B. — Autres cas publiés.

1° Observations in thèse BEAU, Paris, 1919.

Service de M. le Professeur HARTMANN.

OBS. n° 7. — Mme A..., 28 ans, ménagère, entrée le 19 novembre, salle Chassaignac, Hôpital Bichat.

La malade, réglée à 11 ans, eut des règles abondantes (dix à quinze jours) et régulières. Pas de pertes blanches. Il y a neuf

ans, elle eut une couche normale. Il y a quatre ans, elle fit *une fausse couche*. Il y a deux ans, elle fut opérée d'urgence à Necker pour une rupture de grossesse extra-utérine.

La malade vit ses dernières règles fin septembre; en octobre, pas de pertes, pas de douleurs ni de vomissements. Quelques picotements au niveau des seins, joints au léger retard de ses règles, lui laissèrent soupçonner sa grossesse.

Le 18 novembre, étant dans la rue, elle tomba en syncope, et quand elle reprit connaissance, elle ressentit une douleur abdominale atroce; elle eut quelques vomissements alimentaires puis bilieux; elle se coucha chez elle, et ce n'est que le 19 qu'elle entre à l'Hôpital Bichat.

Elle est alors pâle, faible, respiration accélérée (48 à la minute); le pouls est petit et bat à 148.

Le 20, les symptômes se sont aggravés, la malade a la peau et les muqueuses décolorées, les extrémités refroidies; elle ne répond qu'avec peine aux questions; le pouls est incomptable.

Laparotomie médiane d'urgence sous anesthésie à l'éther. Ablation des annexes gauches; sang dans l'abdomen; drainage. L'examen de la pièce enlevée montre qu'il s'agit d'une *rupture de grossesse isthmique*. L'œuf sort en partie par la perforation isthmique.

L'observation n° 9 : Mme Del..., relate une fausse couche il y a 8 mois.

L'observation n° 10 : Mme Leb..., relate une fausse couche il y a 7 ans.

L'observation n° 11 : Mme B..., mentionne une fausse couche de 3 mois, il y a 5 ans.

*
* *

2° Observations in *Bruxelles médical* (DEJARDIN).

1. — S... (V.), 29 ans, dactylo. Dernières règles le 25 février 1927.

A la suite de plusieurs tentatives d'avortement, elle présente, fin avril, quelques douleurs hypogastriques et lombaires et surtout une sensation continuelle de pesanteur dans le bas-ventre. Le

17 juin, débute une hémorragie très abondante et, le 19, elle évacue un fœtus putréfié exhalant une odeur fétide. Elle entre à l'hôpital d'Ixelles, se plaignant de vives douleurs avec irradiation lombaire. Par la vulve suinte un écoulement noirâtre, fétide, avec expulsion de débris sphacelés de muqueuse. La température est à 38°5; le pouls filant à 130; nombreux frissons. La malade est d'une pâleur extrême : yeux cernés, nez pincé, lèvres décolorées. A la palpation, tout l'hypogastre est tendu et douloureux. Au toucher : empatement diffus, remplissant les culs-de-sac droit et postérieur. Bientôt s'installe une fièvre à paroxysmes vespéraux : 36 degrés le matin et 39 degrés le soir. Parallélisme du pouls. Grands et nombreux frissons. Constipation. Hémoculture pratiquée le 23 juin sur bile et bouillon : négative. L'analyse des urines montre la présence de pigments biliaires, d'acides biliaires et d'urobiline; leur examen microscopique décèle de très nombreux leucocytes. Formule sanguine : globules rouges, 2.600.000; globules blancs, 27.700. Polynucléaires neutres, 92 p. 100; baso et éosinophiles, 0 p. 100; mononucléaires normaux, 0 p. 100; lymphocytes, 2 p. 100. Au toucher bimanuel, pratiqué le 23, il est bien difficile de localiser la lésion, l'inflammation des annexes en empêchant une délimitation exacte. Le col est mou et entr'ouvert. Le 4 juin, on constate un volumineux salpinx droit. Le traitement institué a consisté en : glace sur le ventre, pansements vaginaux à la glycérine et au bouillon-vaccin. Vaccin Bruschetti.

Sous son influence, les phénomènes s'amendent, la température tombe à 37 degrés et on décide de permettre à cette femme de quitter l'hôpital à la condition de se représenter régulièrement à la consultation du service.

A ce moment, l'examen décelait des séquelles de métrosalpingite.

Ce n'est que le 3 novembre que la malade revient à la consultation. Elle a été indisposée le 27 septembre pendant quatre jours; le 25 octobre, également quatre jours.

Le 2 novembre, s'installe une hémorragie peu abondante à sang bien rouge, sans odeur, ni caillots. Elle se plaint de vives douleurs dans la fosse iliaque droite, surtout en position debout;

douleurs au niveau du creux épigastrique; points scapulaires et thoraciques.

Pas de vertige, pas de pâleur, pas de syncope, pas d'augmentation du volume des seins.

L'abdomen est souple, sans défense, normalement tympanique.

Seul, le palper profond de la fosse iliaque droite provoque une légère douleur.

Le toucher combiné au palper, montre un col ramolli entr'ouvert. L'utérus augmenté de volume déborde le pubis de deux travers de doigt. Sa consistance est molle, sa mobilisation peu aisée et douloureuse. Douleur au niveau du cul-de-sac postérieur; celui-ci est envahi, dans sa moitié droite, par une tumeur occupant le cul-de-sac droit. Cette tumeur, de consistance assez molle, est grosse comme le poing; elle est immobile et sensible au toucher.

Dans le cul-de-sac gauche, on sent une trompe augmentée de volume et un ovaire kystique de la grosseur d'une noix.

Intervention le 5 novembre 1927 : Anesthésie au chloroforme. A l'ouverture du péritoine, l'épiploon est parsemé de caillots sanguins; il est adhérent au cul-de-sac vésico-utérin, au niveau de la face antérieure du ligament droit et à l'intestin.

Les adhérences détruites, on voit l'utérus augmenté de volume, mou, peu mobile, à séreuse très friable.

L'ovaire gauche présente un kyste comme une grosse noix; sa trompe est noduleuse, augmentée de volume. A droite une masse de la grosseur d'un poing, adhérente au voisinage, plongeant sous le ligament large et la moitié droite du Douglas. Cette masse est très adhérente à l'utérus, au rectum, et contracte avec certaines anses grêles des adhérences intimes et fortement organisées qu'il faut sectionner aux ciseaux entre deux ligatures.

Cette tumeur ne se laissant pas cliver facilement, l'ovaire et la trompe gauches ne pouvant être conservés, je pratique l'hystérectomie par le procédé de Kelly et parviens à dégager la masse en l'abordant par sa face profonde. Son adhérence au rectum est si intime que, pour ne pas léser sa paroi, je me vois obligé de lui abandonner quelques lambeaux de l'enveloppe du kyste. Péritonisation. Fermeture sans drainage. Suites apyriques.

Examen de la pièce : Nous nous trouvons en présence d'une grossesse extra-utérine avec hématoçèle rétro-utérine enkystée.

« L'utérus est mou, à péritoine friable. L'ouverture de la cavité utérine montre une muqueuse épaissie, irrégulière, se laissant aisément détacher par place.

» A gauche, la trompe est augmentée de volume; elle est bosselée et dure. L'ovaire kystique est de la grosseur d'une noix.

» A droite, ovaire normal collé contre la portion isthmique de la trompe; celle-ci est augmentée de volume. Elle présente une portion distale dilatée, remplie d'un coagulum hématique; une déchirure a permis la formation de l'hématoçèle. »

L'intérêt de cette observation, nous dit Déjardin, semble résider dans la succession rapide :

- a) d'une grossesse utérine (avortement);
- b) d'une double salpingite et métrite;
- c) d'une grossesse extra-utérine.

D'après Brindeau et Jeannin, ajoute-t-il, on observe généralement une longue période de stérilité entre la dernière grossesse et la production de la grossesse extra-utérine. Cette grossesse tubaire peut évidemment être antérieure ou concomitante. Il est en effet impossible de déterminer l'âge de la grossesse.

L'organisation solide de l'hématoçèle, les nombreuses adhérences de voisinage seraient évidemment une raison pour évaluer à plus de quelques jours le moment de la rupture et, partant de la grossesse; l'état inflammatoire de l'utérus et des annexes pourrait faire supposer que, par suite d'une fermeture complète de l'ostium uterinum, l'ascension du spermatozoïde fût rendue difficile, sinon impossible. Mais la trompe gauche moins atteinte et plus perméable eût pu parer à cet inconvénient.

Cette conception me paraît hasardeuse, car, en supposant la fécondation au niveau de l'oviducte, antérieure ou concomitante à celle de l'utérus (et qui fut suivie d'avortement), l'hématoçèle eût presque à coup sûr suppuré lors de l'infection *post abortum*, et cette suppuration eût été décelée lors de l'intervention. Je pense

donc que cette grossesse est postérieure aux accidents septiques dus à la grossesse utérine.

L'endométrite puerpérale et les lésions des trompes, particulièrement de la trompe droite, constituèrent un obstacle certain à la migration de l'œuf pondue par l'ovaire droit, qui n'était encore que peu touché par l'infection — peut-être même pas du tout. Et l'œuf fécondé est venu se greffer sur la portion la plus « distale » de la trompe qui a échappé à l'infection.

Cette observation me paraît un argument de plus en faveur d'une des causes les plus admises de la grossesse extra-utérine, les salpingites anciennes, la perte des cils de l'épithélium tubaire et le rétrécissement de l'ostium sont, comme le dit J.-L. Faure, des raisons suffisantes pour expliquer cette grossesse anormale.

Une chose curieuse : c'est le peu de symptômes accompagnant cette lésion. Il est notoire qu'aucune affection puisse revêtir des aspects aussi variés que la grossesse ectopique.

II. — L'auteur présente en 1928 le cas d'une jeune femme qui, à la suite d'un avortement provoqué, présenta des symptômes de métrite aiguë compliquée de salpingite droite. Le traitement habituel fut préconisé, et, sous son action, les lésions rétrocedèrent au point que la jeune malade put quitter l'hôpital, ne conservant que quelques séquelles de métrite-salpingite. Après deux menstruations apparut une petite hémorragie. L'examen révéla à ce moment des annexes gauches gonflées et une tumeur immobile occupant le Douglas et débordant dans le cul-de-sac droit. L'intervention mit à jour une trompe droite dilatée et remplie d'un coagulum hématique ainsi qu'une hématoécèle enkystée rétro-utérine.

A ce sujet, l'auteur ne croit pas que cette grossesse extra-utérine ait été concomitante à la grossesse qui avorta, car l'hématoécèle eût presque à coup sûr suppuré lors de l'infection *post abortum*. Il la croit postérieure aux accidents septiques et voit dans ce cas une nouvelle confirmation de l'étiologie la plus commune des grossesses tubaires, à savoir les lésions de salpingite ancienne ayant détruit les cils vibratiles et rétréci l'ostium.

TROISIÈME PARTIE

AVORTEMENT ET PYOSALPINX

Pour essayer de tirer la physionomie propre de l'importance des avortements dans l'étiologie des affections salpingiennes, nous avons publié les observations de grossesse extra-utérine où des antécédents de fausse couche ont été relatés; ils nous reste à établir les rapports des avortements et des pyosalpinx.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Le pyosalpinx est une collection purulente se développant dans la cavité d'une trompe. L'ostium abdominale est obli-téré.

Cette affection salpingienne se retrouve fréquemment liée à un avortement. Heitzmann attribue aux fausses couches du quatrième mois une prédisposition plus marquée à l'infection salpingienne.

Bernutz croit à cette étiologie certaine.

Synnephias reconnaît le rôle des fausses couches spontanées, particulièrement chez les femmes du peuple et dans le milieu ouvrier. On sait, dit-il, avec combien peu de précautions elles traitent cet accident, le regardant souvent comme négligeable malgré ses redoutables conséquences. Ajoutons à ces risques intrinsèques l'action néfaste et l'imprudence que constitue un lever précoce chez toutes ces femmes. Le cycle involutif n'étant pas favorisé, point par point, l'hyperhémie endo-utérine et endo-annexielle persistera après l'avortement, mais, dit Peter, elle va changer en quelque sorte de modalité : « de fonctionnelle qu'elle était, elle devient pathologique ».

Trelat, Quénu, Routier et Terrillon, dès 1888, virent dans l'infection du *post partum* — et du *post abortum* — l'étiologie des salpingites, voisines ordinaires d'une endométrite concomitante. Ils en relevaient la voie de propagation muqueuse. Ils pressentaient la possibilité de la formation de véritables tumeurs auxquelles nous donnons le nom de pyo-

salpinx. Lucas-Championnière insista davantage sur la propagation par voie lymphatique.

La majorité des chirurgiens se rallie, de nos jours, à l'infection purulente des trompes, résultat d'une infection utérine préalable et terme ultime de son évolution. Clermouthe dit que cette endométrite d'ailleurs reconnaît elle-même une origine dans divers agents microbiens et que, sans être aussi catégoriques que Saenger, qui prétend retrouver 9 fois sur 10 du gonocoque, la majorité des femmes qui furent opérées à Bichat avaient présenté, durant une certaine période de leur vie, des écoulements à caractères blennorragiques, et que d'autres avaient dans leur passé génital un ou plusieurs accouchements ou avortements.

Ce fait a depuis été bien établi par Bouilly, et les recherches de Witte, Hartmann et Morax ont parfaitement démontré que l'infection puerpérale à forme localisée est une des plus fréquentes causes de l'infection ascendante des trompes.

« Parmi les malades hospitalisées à Bichat, notait-on, une grosse majorité est constituée par des femmes admises, les unes pour avortements soit faits, soit à craindre; les autres pour diverses suppurations pelviennes. La coexistence dans le même établissement de ces deux affections est bien faite pour attirer l'attention sur leur rapport réciproque probable, et le Docteur Picqué estimait que si les observations de pyosalpinx étaient nombreuses dans son service, plus nombreuses même que dans les autres services de chirurgie de Paris, cela tenait très vraisemblablement aux nombreux cas d'avortements qu'on y voit. »

D'ailleurs, après un avortement, si divers agents microbiens — gonocoque, streptocoque et staphylocoque, en particulier — peuvent à eux seuls occasionner des collections suppurées ou pyosalpinx, ils peuvent évidemment se réunir chez la même malade et y créer cette infection mixte que Pozzi appelait puerpéro-blennorragique, et dont Genheim confirmait l'entité dans un cas d'infection mixte par l'association du gonocoque et du staphylo.

Burger, 1928, en étudie un cas. Marin A. Petroff, recherchant l'identité endo-annexielle et endo-utérine, retrouva 7 fois le streptocoque, dont 4 morts; 3 fois le colibacille. Lubke, de Hambourg, note 6 cas de streptocoque, 7 colibacille, 2 gonocoque, 1 staphylocoque, pas d'entérocoque ni d'Eberth, enfin 5 cas de pyosalpinx dont le pus était stérile. Dans une seconde publication, Marin A. Petroff donne 1 cas de gono, 1 entérocoque, 1 stérile, 2 non identifiés. Stoner, 2 gono; Lejars, 1 streptocoque; Baisch signale l'association coli plus streptocoque; Lejars, 1 coli; Latzko, 1 diplocoque non identifié; Gaillard et Chapet, 1 Eberth; Latzko-Brick, 2 aseptiques, etc. Cette identité de germes appuie la filiation qui unit métro-salpingite de l'infection puerpérale *post partum* ou *post abortum* et pyosalpinx, en particulier dans les complications des pyosalpinx, et, au premier chef, leur rupture en péritoine libre.

Marin A. Petroff a d'ailleurs bien étudié l'action néfaste de l'avortement, jusque dans l'éventualité des pyosalpinx perforés à l'occasion de cette poussée inflammatoire nouvelle. Dans 8 cas sur 102, le rôle d'une pose de laminaire (obs. n° 10), suivie de curage, était établi; 3 fois celui de l'avortement spontané (obs. n° 9, n° 36, n° 51); une fois celui de menaces d'avortement; deux fois les suites d'un curetage (obs. n° 7 et n° 90) pratiqué dans des circonstances délicates.

D'autre part, on est fondé à admettre que certains pyosalpinx ne sont que l'aboutissant lui-même d'hydrosalpinx primitifs (C.-J. Beclère), secondairement réinfectés, et ici le rôle de l'infection dans le *post abortum* rentre dans le cadre même des conclusions que l'auteur donne à son travail inaugural : « Les infections d'emblée aiguës — surtout les infections gonococciques aiguës — lèsent presque toujours la muqueuse tubaire et laissent à leur suite une oblitération complète et définitive de la trompe; l'infection streptococcique, même aiguë, peut, dans certains cas, ne léser que très peu la muqueuse. Les infections d'emblée atténuées, et en

particulier les infections gonococciques atténuées, lèsent de façon élective le pavillon tubaire et produisent fréquemment un hydrosalpinx bilatéral à soupape. Enfin, les réinfections successives des hydrosalpinx à soupape, suivant la virulence du germe, donnent des pyosalpinx ou des salpingo-ovarites kystiques rebelles. »

Mais quelle que soit la nature de la salpingite purulente qui donnera ultérieurement naissance à l'abcès tubaire, qu'elle ait comme origine cette infection gonococcique pré-existante ayant gagné la trompe ou qu'elle résulte d'une infection liée au *post abortum*, les deux conditions, indispensables à la transformation en pyosalpinx proprement dit, pourront être facilement réalisées en des temps successifs : oblitération de l'orifice utérin de la trompe, suivie d'oblitération de l'orifice abdominal, ou inversement; la pathogénie de cette transformation en cavité close purulente — quoique complexe — s'expliquant par la théorie de Nagel (infection sur les replis muqueux) ou théorie de Freund, qui note une prédisposition de certaines femmes à la rétention du pus, par suite d'un arrêt dans le développement embryonnaire de l'organe, qui lui laisse une forme spiroïde embryonnaire définitive.

L'existence d'adhérences unissant le pavillon à l'ovaire pouvant expliquer le mécanisme d'oblitération de l'orifice abdominal, est d'autant moins pressentie que, dans la majorité des cas, l'évolution aiguë ou subaiguë du pyosalpinx ne se manifestera que par quelques douleurs sans caractère spécifique, par des pertes blanches et sanguines plus abondantes au moment des menstruations; constatation d'autant plus curieuse que ces symptômes peuvent coexister avec des collections purulentes de grand volume, pesant 330 et même 400 grammes.

Nous ne mentionnerons, pour être complet, que les cas de pyosalpinx signalés par Walther, Pozzi et Hartmann, comme étant en rapport avec des maladies générales infectieuses, et s'opposant à la théorie de Freund, qui est basée sur l'arrêt

du développement d'une trompe malade, la théorie de Stapfer, qui incrimine l'arythmie des circulations locales.

Les examens anatomo-pathologiques signent, presque tous, l'étiologie infectieuse en général et la responsabilité du *post abortum* en particulier, puisque, au cours de la salpingite, nous noterons des faits probants. Nous savons en effet que le pus sécrété par la muqueuse tubaire s'écoule dans l'utérus tant que l'ostium uterinum reste perméable. Mais qu'une oblitération de la lumière du canal vienne à se produire, et le pus, ne trouvant plus de voie d'écoulement, s'accumulera dans la cavité de la trompe, en distendra mécaniquement et peu à peu les parois, et formera alors une poche purulente constituant le pyosalpinx. Ces formes de trompes uniformément dilatées font en quelque sorte la transition entre les salpingites purulentes et entre les salpingites dont la lésion principale sera l'ulcération pariétale perforante; nous les rattacherons aux classifications données par Pozzi, J.-L. Faure et Siredey. On conçoit, en effet, partant des prémices que le terrain salpingien est destiné à être en quelque sorte sensibilisé par de petites infections menstruelles le rendant admirablement réceptif, d'autant plus qu'il se trouve être au lieu géométrique, au carrefour de la plus minime infection, sa vulnérabilité pourra à elle seule expliquer l'étendue des réactions des défenses ultérieures, sa tendance plastique, kystique, dont la classification suivante tiendra compte, en discriminant les salpingo-ovarites simples, catarrhales ou purulentes et les salpingo-ovarites kystiques. Ces dernières se subdiviseront elles-mêmes, suivant la nature du contenu, en salpingo-ovarites séreuses (hydrosalpinx), hématiques (hématosalpinx), purulentes (pyosalpinx).

La coupe histologique de la paroi d'un pyosalpinx indiquera ordinairement une épaisse paroi, dont la surface interne est plus ou moins tomenteuse, et dont les replis muqueux, sont effacés. L'orifice utérin restera obturé, mais cathétérisable, bien que l'évacuation du pus soit impossible. L'ovaire proximal sera généralement pathologique, révélant

à l'examen microscopique des lésions d'ovarite parenchymateuse nettes — ovarite parenchymateuse hypertrophique ou scléro-kystique; très souvent il sera d'ailleurs fusionné par des adhérences au reste de l'annexe qui l'attire à lui et basculera parfois avec lui dans le Douglas, comme une hématocele.

Clermonthe a bien étudié les parois des poches de pyosalpinx; il les reconnaît formées des différents plans musculaires épaissis constituant la trompe; on y constate, dit-il, une infiltration extrêmement abondante et, chose intéressante, cette infiltration s'étend même jusqu'à la portion interne de la trompe, qui, souvent, à l'œil nu, apparaît saine. Les vaisseaux sanguins sont eux-mêmes augmentés en nombre et en volume. Cette paroi n'est pas partout d'une égale épaisseur, et, pour Pozzi, elle est surtout faible au point correspondant aux adhérences de la poche en arrière. Ceci expliquera, dans la rupture des pyosalpinx, le rôle prépondérant des adhérences, d'une part par les tiraillements qu'elles exercent sur la paroi, d'autre part par ce fait qu'elles s'insèrent en un point moins résistant. Une fois formée, la collection tubaire, sauf dans le cas où elle sera retenue et bloquée par des adhérences, se prolàbera peu à peu, sous l'action de la pesanteur, dans le Douglas, où de nouvelles adhérences se formeront. Simples ou compliqués, les pyosalpinx peuvent retenir dans leur étiologie un état infectieux annexiel; Petroff en notait 65 cas sur 102 observations, et il concluait : « Cette relative rareté d'antécédents gynécologiques bien caractérisés, ajoutant beaucoup aux difficultés du diagnostic, ne doit pas laisser perdre de vue que, dans le plus grand nombre des affections salpingiennes, même éloignées d'un *post partum* — ou d'un *post abortum*, ajouterons-nous — on observera longtemps des troubles de peu d'importance et de faible acuité, ordinairement rattachés à une vieille métrite datant de plusieurs années et paraissant en veilleuse ou éteinte, soit enfin à des troubles banaux d'une métrite-salpingite chronique à laquelle notre malade continue à faire des concessions. »

Nous serons donc fondés à conclure que, puisqu'il y a des avortements qui provoquent la perforation de pyosalpinx par poussées inflammatoires subintrantes, l'avortement sera *a fortiori* une des causes les plus ordinaires dans l'étiologie du pyosalpinx lui-même. Il en constitue le *primum movens* (Huet), d'autant plus que l'on a pu observer, après des avortements, des malades ayant présenté divers états chroniques, réalisant ce *quid ignotum* de la cavité abdominale dont parle Lejars et qui peuvent d'ailleurs évoluer insidieusement vers des ruptures spontanées plus ou moins rapides. Bonny, sur 45 cas, en réunissait 13. Que, d'autre part, si l'on étudie systématiquement les antécédents proprement dits de tous les pyosalpinx que l'on sera appelé à voir en milieu chirurgical par suite d'une complication, on pourra établir l'existence d'accouchements difficiles ou septiques, ou bien celle de fausses couches. Marin l'a établie dans 65 cas sur 102; les malades elles-mêmes notèrent le fait de l'infection *post partum* ou *post abortum*; 11 en signalèrent l'absence, soit que les troubles salpingiens aient passé inaperçus, soit que les malades aient « voulu » n'en garder aucun souvenir; 26 restèrent muettes sur leurs antécédents.

CHAPITRE II

STATISTIQUES ET OBSERVATIONS

I. — *Statistiques.*

TABLEAU I

Pyosalpinx et antécédents de fausses couches.

(Travail du Service de M. le Professeur J. GUYOT.)

N°	Année	Nom	Age de la fausse couche	Temps écoulé	B.-W.
1 (4).	1929	Ro... (D.)	?	2 ans	
2 (8).	1929	Ve... (L.)	1 mois	4 ans	
			7 mois	5 mois	
3 (10)	1929	Ti... (G.)	7 mois	3 mois	
4 (12)	1929	Da... (E.)	5 mois	3 ans	
5 (21)	1930	Fo... (L.)	3 mois	?	
6 (23)	1930	Bl... (M.)	1 fausse couche non précisée	?	
7 (24)	1930	Pi... (J.)	?	2 ans	
8 (26)	1930	Os...	?	8 ans	
9 (34)	1931	Pr... (B.)	6 mois	?	
10 (37)	1932	Du...	4 mois	6 ans	
11 (39)	1933	La... (M.)	2 mois	1 an	—
12 (43)	1933	Du... (H.)	2 mois	1 mois	
13 (45)	1933	Be... (Y.)	?	1 an	—
14 (48)	1934	Mo... (L.)	3 mois 1/2	?	
			?	?	
15 (50)	1934	Mu... (A.)	6 mois 1/2	8 ans	—
			3 mois 1/2	3 mois	
16 (53)	1934	Co... (S.)	3 mois 1/2	3 mois	

TABLEAU II

(Autres cas publiés.)

N°	Année	Nom	Age de la fausse couche	Temps écoulé	Origine
17.	1894	H... (A.)	3 mois	1 mois	<i>in</i> Nélaton
18.	»	B...	Plusieurs fausses couches	?	<i>in</i> Constan- dulaki
19.	1923	X...	?	15 jours	<i>in</i> Huet
20.	1894	A... (M.)	6 semaines	2 mois	N° 9
21.	»	M... (M.)	?	18 mois	N° 34
22.	»	J... (L.)	?	5 ans	N° 46, <i>in</i> Roger
23.	»	A... (C.)	?	19 ans	N° 50
24.	»	A... (H.)	2 fausses cou- ches non pré- cisées	?	N° 53
25.	»	A... (G.)	?	4 ans	N° 76
26.	»	E... (P.)	?	5 ans	N° 80
27.	»	M... (H.)	?	3 mois	N° 18
28.	»	E... (L.)	?	6 ans	N° 81
29.	1925	F...	?	5 ans. B.-W. +	<i>in</i> M. A. Petroff
30.	1925	L... (M.)	?	26 ans	<i>in</i> Auvray
31.	1933	V... (J.)	2 fausses cou- ches non pré- cisées	3 ans	
32.	1933	C... (F.)	1 fausse couche de 3 mois ré- cente	?	<i>in</i> Miossec
33.	»	H... (B.)	?	5 mois	
34.	»	E... (S.)	?	3 mois	
35.	1910	A... (X.)	4 grossesses ter- minées par avortement	?	<i>in</i> Chavannaz
36.	1928	X...	Grossesse-avor- tement de	?	<i>in</i> Burger
37.	1924	X...	3 mois	?	<i>in</i> Gardes
38.	»	X...	1 fausse couche non précisée	?	<i>in</i> Delanoë
39.	»	X...	1 fausse couche	?	<i>in</i> Alexandre
			5 mois	10 ans	
			6 mois	?	
			2 mois	2 ans après la 1 ^{re}	
40.		R...	3 mois	1 an après la 2 ^e	<i>in</i> Terrillon N° 2
			4 ^e fausse couche non précisée depuis		
41.		F...	1 ^{re} f. couche	11 ans	<i>in</i> Terrillon N° 3
			2 ^e non précisée	10 ans	
			3 ^e non précisée	7 ans	
			3 mois	6 ans	
42.		X...	1 mois	4 ans	<i>in</i> Chavannaz
			?	2 ans	

II. — *Observations.*

Sur 1.456 cas de malades hospitalisées à l'Hôpital André-Boursier, dans le service de M. le Professeur Guyot, de 1929 à 1934, on a donc relevé :

53 *pyosalpinx*;
1 *hématosalpinx*;
6 *hydrosalpinx*,

dont 16 cas avec antécédents de fausse couche,

soit 28,56 p. 100 des cas de *pyosalpinx*.

1° PYOSALPINX

- N° 1. — 29-024. Mau... (Louise).
N° 2. — 29-027. Car... (Henriette).
N° 3. — 29-068. Cha... (Camille).
N° 4. — 29-075. **Rod... (Denise).**
N° 5. — 29-076. Fra... (Maria).
N° 6. — 29-077. Dub...
N° 7. — 29-082. Ric... (Antonia).
N° 8. — 29-092. **Ver... (Léontine).**
N° 9. — 29-095. Nic... (Zélia).
N° 10. — 29-101. **Tib... (Germaine).**
N° 11. — 29-102. Lam... (Berthe).
N° 12. — 29-104. **Dav... (Eugénie).**
N° 13. — 29-105. Rui... (Angèle).
N° 14. — 29-108. Mio... (M.-L.).
N° 15. — 29-209. Cat... (Anne).
N° 16. — 29-217. Bay... (Henriette).

Soit 16 cas en 1929.

- N° 17. — 30-058. Pou... (Laure).
N° 18. — 30-096. Tau... (Andrée).
N° 19. — 30-103. Lom... (Antoinette).
N° 20. — 30-104. Poi... (Rachel).
N° 21. — 30-114. **Fou... (Lucienne).**

- N° 22. — 30-116. Sar... (Mathilde).
N° 23. — 30-118. **Bla...** (**Marguerite**).
N° 24. — 30-119. **Pie...** (**Jeanne**).
N° 25. — 30-120. Bez...
N° 26. — 30-121. **Osc...**
N° 27. — 30-124. Ith... (Germaine).
N° 28. — 30-192. Gui... (Madeleine).

Soit 12 cas en 1930.

- N° 29. — 31-055. Boi... (Laure).
N° 30. — 31-065. Dau... (Hermance).
N° 31. — 31-067. **Pre...** (**Berthe**).
N° 32. — 31-073. Gui... (Jeanne).
N° 33. — 31-074. Bab... (Marthe).
N° 34. — 31-121. Vig... (Lucienne).

Soit 6 cas en 1931.

- N° 35. — 32-034. Sar... (Madeleine).
N° 36. — 32-082. All... (Jeanne).
N° 37. — 32-144. **Duf...**
N° 38. — 32-216. Gui...

Soit 4 cas en 1932.

- N° 39. — 33-055. **Las...** (**Marie**).
N° 40. — 33-144. Bon... (Marie).
N° 41. — 33-152. Luc... (Armande).
N° 42. — 33-156. Ram... (Emérita).
N° 43. — 33-170. **Dul...** (**Henriette**).
N° 44. — 33-192. Lap... (Madeleine).
N° 45. — 33-218. **Ber...** (**Yvonne**).
N° 46. — 33-221. Caug... (Renée).
N° 47. — 33-233. Seï... (Marie).

Soit 9 cas en 1933.

- N° 48. — 34-016. **Mol...** (**Léa**).
N° 49. — 34-048. Gar... (Anne).
N° 50. — 34-117. **Mu...** (**Anne**).

N° 51. — 34-123. Aug... (Jane).

N° 52. — 34-136. Par... (Marie).

N° 53. — 34-153. Cor... (Simone).

Soit 6 cas en 1934.

2° HEMATOSALPINX

34-034. Cap... (Renée).

Soit 1 cas en 1934.

3° HYDROSALPINX

29-257. Duc... (Hortense).

29-258. Lab... (Marie-Louise).

29-267. Sorb... (Elia).

29-268. Car... (Louise).

Soit 4 cas en 1929.

32-073. Gav... (Marie-Louise).

Soit 1 cas en 1932.

34-041. Dau... (Yvonne).

Soit 1 cas en 1934.

Ajouter : quatre observations, *in* thèse Miossec, dues à l'obligeance de M. le Professeur Guyot (personnelles).

N° 31 (Obs. n° 9 *in* thèse). — E... (S.), 22 ans.

N° 32 (Obs. n° 12). — H... (B.), 17 ans.

N° 33 (Obs. n° 13). — C... (Fernande), 23 ans.

N° 34 (Obs. n° 15). — V... (Jeanne), 37 ans.

A. — Observations dues à l'obligeance
de M. le Professeur J. Guyot.

(Clinique gynécologique. — Hôpital André-Boursier.)

1929

N° 1. — Mau... (Louise), 19 ans.

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels (pyosalpinx gauche).

N° 2. — Car... (Henriette), 22 ans.

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels (pyosalpinx droit).

N° 3. — Cha... (Camille), 36 ans.

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels (pyosalpinx droit).

N° 4. — Rod... (Denise), 23 ans, ménagère. Entrée le 24 octobre 1929, salle 2, lit 11; sortie le 11 mai 1930 par guérison.

Diagnostic : Pelvipéritonite et pyosalpinx.

Entre à l'hôpital pour douleurs abdominales. La malade souffre du ventre depuis deux ans à la suite d'un avortement (janv. 1927, voir ci-après antécédents personnels). Depuis un mois, elle souffre davantage; la fièvre monta brusquement à 40°2; courbature; céphalée; vomissements; pas de grand frisson. Glace sur le ventre. La température diminue progressivement pendant dix jours. Hospitalisation.

Antécédents personnels : Réglée à 16 ans; pertes blanches depuis son mariage, à 20 ans. Accouchement au forceps à la maternité avec poussée d'annexite gauche. Il y a quatre mois, après une absence de règles de deux mois, hémorragies et fièvre à 40 degrés. Le docteur, pressentant une fausse couche, l'envoie à Canolle, où,

le 21 juin, on lui fit un *avortement provoqué*, sous anesthésie (foetus mort [P]). Dès le quatrième jour, nouvelle élévation de température, frissons, douleurs dans le bas-ventre, surtout à gauche. Glace. Toni-cardiaques. Quitte Canolle deux mois après (18 août) très améliorée. En septembre, nouvelles douleurs; fièvre à 40 degrés; hospitalisation.

Examen à l'entrée : Périnée en bon état; col dur, irrégulier; cul-de-sac latéral gauche un peu effacé, rempli par une masse dure, douloureuse, mal limitée; à droite, accolée à l'utérus, petite masse annexielle; cul-de-sac postérieur dur, l'utérus a une mobilité très limitée.

Examen du Professeur Guyot, le 3 janvier 1930 : Ventre souple, non ballonné, non douloureux. Col dur avec déchirure au niveau de la commissure gauche. Petite masse annexielle sur le bord droit de l'utérus. Celui-ci est en antéflexion. Grrosse masse annexielle gauche, fixe, non douloureuse, et allant jusque sur les parois du bassin. Mobilité utérine très réduite.

Reçoit des injections de vaccin antigonococcique, sans réactions.

La malade revoit ses règles le 15 janvier, durant trois jours, au lieu de cinq.

Le 17 janvier : essai infructueux d'examen au lipiodol; le 24, examen au lipiodol révélant des annexes imperméables et un utérus antéfléchi, fixé.

Opération le 18 février 1930 (opérateur, M. le Professeur Guyot; premier aide, Mailhe; deuxième aide, Moncourier; anesthésiste, Loumaigne) (mélange de Sleich). Durée de l'anesthésie, 63 minutes; de l'opération, 55 minutes.

Pelvipéritonite. Hystérectomie subtotal. « Dès le ventre ouvert, on aperçoit l'utérus bloqué des deux côtés par les masses annexielles adhérentes aux parois. On décolle difficilement et, en décollant en avant, la vessie, friable, se déchire. On fait un surjet de la muqueuse, puis suture en trois plans : plan musculaire et plan péritonéal. Après attouchement à l'éther, on referme le ventre, après avoir mis un Mikulicz en place. Pas de lésions de l'intestin, qu'on a pu isoler dès le début de l'opération, en passant à la face postérieure de l'utérus.

» Malade à parois friables, se déchirant facilement. Bonne anesthésie. Opération très difficile. » (C. O.)

Suites opératoires et urinaires normales.

N° 5. — Fra... (Maria).

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels (pyosalpinx gauche).

N° 6. — Dub...

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels (pyosalpinx droit).

N° 7. — Rich... (Antonia).

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels (pyosalpinx droit).

N° 8. — Ver... Léontine), 37 ans, ménagère. Entrée le 3 mars 1929, salle 4, lit 31; sortie le 11 mai par guérison.

Pyosalpinx. Hystérectomie subtotale et appendicectomie.

La malade entre au service sur les conseils du Docteur Giret, parce qu'elle souffre du ventre. La malade, qui, jusqu'en novembre 1928, était bien portante, commence à souffrir à la suite d'une *fausse couche* faite le 11 novembre. Douleurs peu intenses au début; elles augmentent en janvier 1929 et nécessitent l'alitement. Elles sont caractérisées par des lancées, siégeant dans la partie droite du bas-ventre, avec irradiations lombaires et crurales. Le repos au lit n'amène pas d'amélioration, pas plus qu'un traitement par injections et compresses chaudes. Les douleurs s'accompagnent de fièvre et de pertes blanches très fétides, tachant le linge; pas de pertes rouges dans l'intervalle des règles. Amaigrissement marqué.

Antécédents personnels : Régulée à 12 ans. Quatre grossesses normales. Une *fausse couche* de 7 mois le 11 novembre 1928; une autre *fausse couche* de 1 mois il y a quatre ans environ.

Examen : Toucher (Prof. Guyot). Dans le cul-de-sac latéral droit, qui est profond, on trouve une masse qui ne fait pas beaucoup saillie, mais qu'on retrouve par le palper abdominal. Elle est nettement fluctuante, peu douloureuse, accolée à l'utérus. Cul-de-sac postérieur profond, un peu limité à droite.

Traitement : Glace et injections.

Règles le 10 mars.

Opération le 26 mars (opérateur, M. le Professeur Guyot; premier aide, M. le Docteur Villar; deuxième aide, M. Malouines; anesthésiste, Rioux) : « *Pyosalpinx* droit volumineux, avec adhérences intestinales et appendicite. Hystérectomie subtotal. Appendicectomie. Dès le ventre ouvert, on aperçoit un petit utérus rejeté du côté gauche, portant à sa droite une grosse masse nettement inflammatoire, adhérente au gros intestin.

» Premier temps : Protection péritonéale soignée, avec plusieurs champs de compresses et de clamps. On saisit l'utérus avec une pince de Museux, puis on ponctionne au trocart de Dieulafoy le pyosalpinx. On en retire 4 à 5 seringues d'un pus jaune, d'odeur âcre, recueilli dans un tube stérilisé. Après évacuation sans qu'il s'écoule du pus, on pratique l'hystérectomie de gauche à droite. Incision du péritoine antérieur après section du ligament rond droit et pénétration après section de la brèche antérieure du ligament large. On décolle très facilement la poche purulente entière. On se rend compte que l'appendice est gros, rouge, enflammé. On pratique l'extirpation après section première de la base. On ferme le ventre après attouchement à l'éther avec 4 fils métalliques extra-péritonéaux. Surjet péritonéal. Opération correcte et sans incidents, ni anesthésiques, ni opératoires. Durée, 45 minutes. » (C. O.)

L'examen du pus révèle :

A l'examen direct : Flore abondante et variée, sans prédominance de germes; B. K : 0.

En cultures (gélöse et bouillon) : Espèces reconnues : Entérocoque, germes type coli, staphylocoque. (Signé : Piéchaud.)

L'examen histologique d'un fragment de la poche de pyosalpinx établit : membrane pyogène formée de nombreux leucocytes polynucléés, retenus dans un réticulum fibrineux. Absence de réaction cytologique en rapport avec une localisation tuberculeuse. (Signé : Bonnard.)

N° 9. — Nic... (Zélia).

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels (pyosalpinx gauche et droit).

N° 10. — Tib... (Germaine), 21 ans. Entrée le 3 septembre 1929, salle 1, lit 4; sortie le 7 novembre.

Diagnostic : Kyste suppuré de l'ovaire gauche. *Pyosalpinx double.*

La malade entre à l'Hôpital sur les conseils du Docteur Villar parce qu'elle souffre du ventre.

Le 8 juillet 1929, la malade accouche à la Maternité d'un enfant mort au septième mois de la grossesse; quinze jours après sa sortie de l'hôpital, la malade commence à souffrir du côté gauche. Hospitalisée le 2 septembre.

Symptomatologie clinique d'un pyosalpinx double.

Intervention le 17 septembre (opérateur, Docteur Villar; premier aide, Docteur Mailhe; deuxième aide, Dudit; anesthésiste, Audit; éther : Ombrédanne). Température des instruments, 194° C. Durée de l'anesthésie 45 minutes; de l'opération, 43 minutes.

Dès le ventre ouvert, la vessie très haut située gêne, et on est obligé d'agrandir l'incision vers l'ombilic pour se donner du jour. L'utérus apparaît à peine, noyé dans deux grosses masses inflammatoires bilatérales, remplissant complètement le Douglas, et sur lesquelles s'applique intimement le côlon sigmoïde. Protection extrêmement soignée du péritoine. Décollement prudent du sigmoïde. » (C. O.)

L'examen du pus tubaire droit répond : cytolyse avancée des éléments leucocytes, poly et mononucléés. Absence de microbes à l'examen direct, spécialement de B. K. Ensemencement sur gélose : négatif.

Pus tubaire gauche : Même remarque que pour le pus tubaire droit.

L'examen histologique révèle :

1° Paroi tubaire gauche : Villosités tubaires à épithélium bien conservé; infiltration cellulaire mixte (polynucléés neutrophiles et lymphocytes dans l'axe conjonctif des villosités et dans l'épaisseur de la paroi tubaire; inflammation subaiguë ou chronique, sans caractère spécifique.

2° Paroi tubaire droite : Structure normale désorganisée par l'infiltration de cellules inflammatoires, polynucléées principale-

ment. Les lambeaux de revêtement épithélial des franges sont dispersés dans une nappe de leucocytes et de macrophages, adhérant à une couche granulomateuse, véritable paroi d'abcès. Salpingite suppurée. Pas de signe histologique d'inflammation spécifique. (Signé : Piéchaud).

N° 11. — Pas de fausse couche dans les antécédents personnels (pyosalpinx gauche et droit).

N° 12. — Eug... (David), 29 ans, lisseuse. Entrée le 16 octobre 1929, salle 4, lit 34; sortie le 14 décembre.

Diagnostic : Pyosalpinx double.

En septembre 1926, une fausse couche de 5 mois, suivie d'une crise très douloureuse du côté des annexes et des ovaires, et ayant obligé la malade à garder le lit pendant un mois. Depuis cette date, la malade souffre de plus en plus au moment des règles. Violentes douleurs dans le bas-ventre le 24 septembre 1929, principalement à gauche, fièvre à 38 degrés. Hospitalisation.

Opération le 29 octobre (opérateur, M. le Professeur Guyot; premier aide, Docteur Villar; deuxième aide, Halty; anesthésiste, Dudit) (éther : Ombrédanne).

Température des champs, 122; compresses, 137; instruments, 190.

Durée : anesthésie, 55 minutes; opération, 45 minutes.

« Le pyosalpinx gauche adhère au sigmoïde, qu'il a fallu raser de très près, sans ouvrir la paroi. Les collections purulentes s'ouvrent au moment du décollement sous l'aspirateur. On pince tous les pédicules, les pédicules postérieurs étant liés par double ligature, surjet sur le col après cautérisation de la cavité. Hémostase de tous les pédicules. Appendicectomie. Suites normales. » (C. O.)

N° 13. — Rui... (Angèle).

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels (pyosalpinx gauche).

N° 14. — Mio... (M.-L.).

Pas de fausse couche ni de grossesse dans les antécédents personnels (pyosalpinx gauche).

N° 15. — Cat... (Anne).

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels ni de grossesse (pyosalpinx droit).

N° 16. — Bay... (Henriette).

Pas de fausse couche ni de grossesse dans les antécédents personnels (pyosalpinx gauche).

1930

N° 17. — Pou... (Laure).

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels, mais pyosalpinx *post partum*.

N° 18. — Tau... (Andrée).

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels, mais pyosalpinx droit *post partum*.

N° 19. — Lom... (Antoinette).

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels ni de grossesse. Pyosalpinx.

N° 20. — Poi... (Rachel).

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels. Pyosalpinx droit.

N° 21. — Fou... (Lucienne), 21 ans, couturière. Entrée le 19 janvier 1930, salle 4, lit 30; sortie le 6 juin 1930 par guérison.

Diagnostic : Pyosalpinx.

Douleurs lancinantes dans tout l'abdomen, en janvier; signes péritonéaux, température, vomissements dans la nuit du 18 janvier. Hospitalisation.

Antécédents personnels : fausse couche de 3 mois.

Examen à l'entrée (Prof. Guyot) : Col mou, massé annexielle gauche grosse comme une mandarine; cul-de-sac droit empâté; cul-de-sac postérieur peu accessible. *Diagnostic : Pelvipéritonite avec pyosalpinx double.*

29 mars : Masse annexielle gauche fixée; une masse annexielle droite plus mobile (Prof. Guyot).

9 avril : Par le toucher combiné, utérus en antéflexion, mobile, avec masses annexielles surtout prononcées à gauche, mais qui paraissent légèrement mobilisables. L'infiltration dure et ligneuse qui existait dans le petit bassin a presque disparu sous l'influence du traitement médical.

Intervention le 15 avril : Pyosalpinx gauche.

Suites opératoires normales.

N° 22. — Sar... (Mathilde).

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels (pyosalpinx gauche post-thyphoïdique).

N° 23. — Bla... (Marguerite), 38 ans. Entrée le 31 mars 1930, salle 1, lit 8; sortie le 26 mai par guérison.

Crise douloureuse du bas-ventre remontant à huit jours, principalement dans la fosse iliaque gauche.

Toucher vaginal positif : Masse kystique dans le cul-de-sac latéral gauche, sans autres modifications anatomiques. Pyosalpinx.

Intervention le 8 avril (Prof. Guyot) par hystérectomie subtotale.

Antécédents personnels : Réglée à 13 ans.

3 grossesses normales et 1 avortement.

Dernières règles du 21 mars.

N° 24. — Pie... (Jeanne), 21 ans, ménagère. Entrée le 20 mars 1930, salle 4, lit 29; sortie le 25 mai par guérison.

Diagnostic : Pyosalpinx double.

Début de la maladie il y a deux ans, époque de ses premières couches qui avaient suivi d'un an une première fausse couche. Fatigabilité; « piqûres d'aiguilles » dans la fosse iliaque gauche; règles parfois doubles dans le mois; amélioration par repos, glace et laudanum.

Examen (Prof. Guyot) : Petit col, mobile; corps en avant, un peu gros; dans le cul-de-sac postérieur, masse dure et douloureuse.

Opération le 2 mai.

Suites excellentes.

N° 25. — Bez...

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels. Pyosalpinx gauche.

N° 26. — Osc..., 30 ans. Entrée le 17 mai; salle 2, lit n° 14; sortie le 18 septembre 1930 par guérison.

Rétroversion, annexite et *pyosalpinx gauche*.

Dernières règles le 11 mai; un examen du Docteur Rivière révèle une masse annexielle gauche du volume d'une mandarine. Expulsion d'un gros caillot dans la nuit du 14 : Possibilité d'une fausse couche (Drs Ollivier et Rivière). Hospitalisation.

Antécédents personnels : Réglée à 13 ans. Mariée à 22 ans; au bout de trois mois de mariage, *une fausse couche*, suivie d'un curetage, compliquée d'une hématocele rétro-utérine drainée par colpotomie. Quelques pertes blanches; métrite.

Examen (Prof. Guyot) : A la palpation abdominale, le côté gauche est sensible; au toucher, petit col, normalement souple. Rien dans le cul-de-sac antérieur; dans le Douglas, une masse douloureuse qui se continue vers la gauche.

Diagnostic probable : Rétroversion avec annexes gauches proliférées dans le Douglas et adhérentes à l'utérus.

Intervention le 30 mai (Prof. Guyot) : Colpotomie.

11 juillet : Hystérectomie subtotale, pour « pelvipéritonite avec kyste de l'ovaire ».

L'examen cyto-bactériologique, recherche du B. K. dans le pus de colpotomie, révéla :

1° Cytologie : Présence d'hématies en amas abondants; cellules endothéliales; nombreux leucocytes avec prédominance de polynucléés à noyaux altérés;

2° Bactériologie : Staphylocoques en amas; pas de B. K.

N° 27. — Ith... (Germaine).

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels (pyosalpinx gauche; deux mois après phénomènes d'occlusion intestinale).

N° 28. — Gui... (Madeleine).

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels (annexite gauche et *pyosalpinx post partum*).

1934

N° 29. — Boi... (Laure).

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels (pyosalpinx droit *post partum*).

N° 30. — Dau... (Hermance).

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels (pyosalpinx gauche).

N° 31. — Pre... (Berthe), 29 ans. Entrée le 7 juillet 1934, salle 4, lit 5; sortie le 13 août.

Diagnostic préopératoire : Rétroflexion d'utérus fibromateux.

Diagnostic postopératoire : *Pyosalpinx* prolabé dans le Douglas.

Hospitalisée pour douleurs du ventre et hémorragies.

Début il y a deux ans environ; douleurs par crises, cédant au repos et nettement rattachables aux suites d'une *fausse couche de six mois* entre les deuxième et troisième grossesses. Cessation des douleurs à partir du quatrième mois de la troisième grossesse; réapparition de crises plus violentes encore après cet accouchement; nouvelle sédation.

18 juin : Hydrorrhées successives. Hospitalisation.

Examen : Au toucher vaginal, le col, dans l'axe du vagin et médian, repoussé en avant, d'aspect et de consistance normale. Le corps utérin « paraît » nettement perceptible. En avant : légère antéflexion; augmenté de volume et dur, on ne sent pas de nodules bien caractérisés. Le cul-de-sac postérieur est comblé par une masse très douloureuse, mais qui a nettement diminué de volume depuis un récent examen. Il ne s'agissait donc pas d'un fibrome du corps utérin en rétroflexion, comme le diagnostic semblait logique, mais d'une masse inflammatoire qui a régressé sous l'influence de la glace et du repos.

Hystérectomie subtotale (17 juill., Prof. Jeanneney).

Suites opératoires normales.

N° 32. — Gui... (Jeanne).

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels. Pyosalpinx gauche.

N° 33. — Bab... (Marthe).

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels.

N° 34. — Vig... (Lucienne).

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels (pyosalpinx gauche et droit).

1932

N° 35. — Sar... (Madeleine).

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels.

N° 36. — All... (Jeanne).

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels.

N° 37. — Duf..., 31 ans. Entrée le 14 janvier 1932, salle 1, lit 1; sortie le 8 février par guérison.

Pyosalpinx postéro-latéral gauche.

Douleurs dans le bas-ventre, surtout à droite, avec pertes et fièvre, ayant nécessité l'hospitalisation et remontant au mois de mai 1931, où la malade présente un faux épisode de grossesse extra-utérine.

Antécédents personnels : Réglée à 11 ans; mariée à 16 ans. Première grossesse à 17 ans; deuxième à 23 ans; à 24 ans 1/2, *fausse couche de 4 mois*; depuis, petite santé.

La malade, dès son entrée au service, suit le traitement médical et se trouve rapidement guérie (injections iodées et injections au Dakin).

Ultérieurement, on retrouva trace du passage de la malade dans le service en date du 2 mai 1931 au 3 juin 1931 pour un épisode identique, traité médicalement, et qui fit discuter le diagnostic de pelvipéritonite avec annexite gauche, plus grossesse douteuse — ou hématocele infectée par avortement provoqué.

N° 38. — Gui...

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels (pyosalpinx gauche ouvert dans le rectum).

1933

N° 39. — Las... (Marie), 27 ans. Entrée le 5 décembre 1932, salle 4, lit 38; sortie le 8 avril 1933.

Diagnostic : *Pyosalpinx post abortum*.

Traitement : Premier temps, colpotomie (Prof. Guyot); deuxième temps, hystérectomie subtotale, appendicectomie, greffes ovariennes.

Entre à l'hôpital pour une hémorragie *post abortum* avec douleurs et température.

Antécédents personnels : Réglée tardivement, à 19 ans. Règles irrégulières, survenant toujours avec une semaine d'avance environ, durant cinq jours et plus, quoique peu abondantes. Depuis deux ou trois ans, la malade souffre beaucoup le premier jour de ses règles. Depuis l'établissement du flux menstruel, la malade est sujette à des pertes blanches ou jaunes, assez abondantes. Mais il n'existe pas de douleurs à la miction ni de douleurs dans le bas-ventre.

Mariée en mai 1932, à 26 ans. *Une fausse couche*, en août 1932, de 2 mois environ.

Histoire de la maladie : Jusqu'au mariage, pas de douleurs dans le bas-ventre. Le 8 août, avortement de deux mois. Les règles du mois de mai avaient été absolument normales; en juin et juillet, à l'époque présumée des règles, la malade avait éprouvé de grandes douleurs lombaires et abdominales et avait perdu du sang pendant un jour seulement. Enfin, depuis le début de juin, elle avait constaté quelques troubles sympathiques : vomissements, boulimie, picotements des seins. Le 8 août, brusquement, alors que la malade vaquait à ses occupations, elle expulse un gros caillot, sans colique utérine. Perte de sang durant quinze jours. Les règles de septembre réapparaissent normales, ainsi qu'en octobre. Pas de douleurs dans le bas-ventre; pas d'élévation de température. Enfin, le 31 octobre, brusque fatigue, céphalée, nausées, frissons; douleur au côté gauche; un peu au-dessus du milieu du pli de l'aîne. Elancements douloureux, torsions s'irradiant dans les cuis-

ses et les reins. Température, 39 degrés. Au huitième jour, le Docteur Dotézac fait mettre de la glace sur le ventre. Légère sédation. Le 3 décembre : consultation du Professeur Guyot; l'abdomen est uniformément souple; pas de points douloureux spéciaux, mais douleur provoquée dans la fosse iliaque gauche. On sent une masse de consistance rénitente.

Toucher vaginal : Indolore; col long et dur; corps non douloureux, un peu gros, mobile. Cul-de-sac gauche refoulé par une masse rénitente, assez dure, du volume du poing, bien limitée, indépendante de l'utérus, mobile; les autres culs-de-sac sont souples et non douloureux.

13 décembre : *Intervention* (Prof. Guyot) : Colpotomie latérale gauche pour gros pyosalpinx gauche consécutif à un avortement. Incision au bistouri de la muqueuse vaginale et ponction au trocart.

3 janvier 1933 : Température à oscillations; ablation du drain; dilatation de l'orifice; grosse quantité de pus; drain n° 8. Chute de la température le lendemain.

12 janvier 1933 : La palpation de l'abdomen n'est pas douloureuse.

Toucher vaginal : la masse latérale gauche et postérieure a considérablement diminué, elle est dure et non douloureuse.

14 janvier 1933 : Frisson; nouvelle sonde : pus.

31 janvier 1933 : Douleurs dans la fosse iliaque gauche; prélèvement d'urine aseptique. On pense à une pyélonéphrite.

8 février 1933 : Disparition des phénomènes douloureux rénaux du côté gauche et de la douleur à la palpation de la fosse iliaque gauche; apyrexie; pus s'écoulant très bien.

Toucher vaginal : Volumineux col en tampon de wagon, très mou; utérus en antéflexion, volumineux, un peu mou, indolore. A gauche de l'utérus, et flanquée contre lui, on trouve une masse qui fait saillie dans le cul-de-sac latéral gauche, du volume d'un poing, mollassé, indolore et fixée contre les parois du bassin.

13 janvier 1933 : Ablation du drain.

Toucher vaginal (Prof. Guyot) : Gros col, régulier, dont la muqueuse paraît veloutée; utérus peu volumineux, en antéflexion

légère et en antéposition; cul-de-sac postérieur souple; cul-de-sac latéral droit rempli par une masse peu douloureuse, fluctuante, qui ne paraît pas collée; les parois du bassin séparées de l'utérus par un sillon très net. Cul-de-sac latéral gauche libre.

20 février 1933 : Légère pyrexie.

Toucher vaginal : Col métritique; utérus volumineux en antéflexion; cul-de-sac gauche empâté et douloureux; cul-de-sac droit douloureux; mobilisation de l'utérus douloureuse.

28 février 1933 : Légères douleurs spontanées à la hanche.

Toucher vaginal : Utérus antéfléchi et attiré à gauche légèrement; dans le cul-de-sac latéral gauche, masse peu molle, peu mobile, adhérant à l'utérus et douloureuse; à droite et en arrière, rien à signaler.

11 mars 1933 : Légère douleur à gauche. Les pertes blanches, purulentes, continuent, très fétides.

Toucher vaginal : On trouve toujours au niveau du cul-de-sac gauche une masse annexielle dure, devenue assez mobile.

La mobilisation utérine est peu sensible et la mobilité légèrement diminuée.

Pas de température.

Examen général : Cardio-vasculaire normal.

Tension artérielle : Mx, 12; Mn, 8; Io, 2.

Analyse d'urines : Sucre, albumine, acétone : néant. Le jour de l'opération : albumine, 1 cg.; sucre, acétone, 0.

Hystérectomie subtotala et appendicectomie le 14 mars. « Dès le ventre ouvert, gros pyosalpinx gauche, refoulant l'utérus de l'autre côté. En présence des lésions salpingiennes bilatérales, on pratique l'hystérectomie subtotala, suivant la technique américaine. A gauche, le pyosalpinx est intimement adhérent au vagin et au moment où on le décolle il s'écoule un peu de pus d'aspect jaunâtre. Drainage de la région abdominale profonde par drain.

20 mars 1933 : Petit hématome et abcès pariétal; température : 38°9.

Toucher vaginal (Dr Traissac) : Glaires sanguinolentes : escarre du col.

22 mars 1933 : Tuméfaction dans la grande lèvre gauche, légè-

rement rouge dans sa portion médiane. A la palpation, lèvre indurée, douloureuse, non fluctuante.

Toucher vaginal (Dr Courriade) : Pas de tuméfaction dans les culs-de-sac latéraux ni antérieur. On constate l'existence de l'orifice de colpotomie par lequel s'écoule une quantité notable de pus. Petit hématome pariétal drainé.

26 mars 1933 : Persistance d'une fébricule aux environs de 37°4. Pus; pas de douleur marquée du bas-ventre.

Grande lèvre gauche tuméfiée et douloureuse : il s'agit probablement d'un hématome provoqué par les greffes en voie de suppuration.

27 mars 1933 : Incision de l'abcès vulvaire gauche.

Toucher vaginal : Culs-de-sac latéraux empâtés; à gauche, une masse peu importante, indolore, correspondant à l'orifice de la colpotomie faite il y a un mois.

Applications chaudes et lavements chauds (Prof. Guyot).

Lever le 6 avril.

Examens pratiqués : B.-W. —.

N° 40. — Bon... (Marie).

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels.

N° 41. — Luc... (Armande).

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels.

N° 42. — Ram... (Emerita).

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels.

N° 43. — Dul... (Henriette), 25 ans. Entrée le 5 juillet 1933, salle 1, lit 5; sortie le 8 octobre par guérison.

Pyosalpinx; colpotomie.

Douleurs dans le bas-ventre gauche depuis le mois de juin où, après une promenade en bicyclette, elle fit une *fausse couche de deux mois*. Curage. Exeat huit jours après : les pertes ont cessé, les douleurs persistent.

Examen à l'entrée : Température, 39 degrés; pouls, 120. Abdomen douloureux, principalement dans la fosse iliaque gauche.

Toucher vaginal : Col un peu mou, volumineux, refoulé en avant; utérus rétrofléchi, augmenté de volume, un peu mou, fixé dans le Douglas, douloureux à la palpation.

Cul-de-sac latéral droit légèrement douloureux; annexe sensible. Cul-de-sac latéral gauche douloureux, déprimé par une masse collée contre l'utérus, douloureuse et de consistance molle.

Toucher rectal : Paroi antérieure du rectum refoulée par cette même masse. Le lendemain de l'hospitalisation, perforation spontanée de cet abcès pelvien dans le rectum; apyrexie.

12 juillet : Psôïtis. Il est impossible de dire dans l'état des choses si elle est due à la contiguïté du psôas et de l'abcès pelvien ou bien à la perforation de la gaine du psôas par cet abcès.

N° 44. — Lap... (Madeleine).

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels (pyosalpinx droit et gauche).

N° 45. — Ber... (Yvonne), 24 ans. Entrée le 28 août 1933, salle 4, lit 29; sortie le 26 octobre, non guérie.

Pyosalpinx double. Repos au lit; vaccination antigonococcique.

Depuis *une fausse couche* faite au mois d'octobre 1932, la malade se sent très fatiguée; elle ressent des douleurs violentes dans le bas-ventre, avec irradiations paroxystiques dans la fosse iliaque droite, au niveau des lombes et des membres inférieurs. Pertes jaunâtres, fétides, tachant le linge. Ces douleurs n'ont fait que s'accroître. Hospitalisation.

Examen : Toucher vaginal : Corps un peu volumineux, en antéposition; col en arrière, mou, légèrement entr'ouvert. Culs-de-sac latéraux volumineux et souples.

Vaccination antigonococcique.

17 octobre : La palpation de l'abdomen est douloureuse au niveau d'un point annexiel droit et de l'hypogastre.

Toucher vaginal : Col déridé, volumineux, granuleux, refoulé en arrière. L'utérus apparaît volumineux, antéposé et rétrofléchi. Il existe bien au niveau du cul-de-sac latéral gauche un petit empâtement au niveau duquel on trouve une petite masse collée contre l'utérus et sensible à la palpation. Au niveau du cul-de-sac

latéral droit, on trouve un empâtement plus marqué, douloureux à la palpation.

Malade améliorée, mais non guérie, qui refuse une intervention chirurgicale et demande son exeat le 26 octobre.

B.-W. —; Brouha —.

N° 46. — Cau... (Renée).

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels (pyosalpinx droit).

N° 47. — Sèi... (Marie).

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels (pyosalpinx gauche).

1934

N° 48. — Mol... (Léa), 35 ans Entrée le 18 décembre 1933, salle 1, lit 7; sortie le 15 mai 1934, par guérison.

Pyosalpinx.

Déflorée à 14 ans; enceinte; *fausse couche de 3 mois 1/2* : expulsion de 2 fœtus; *nouvelle fausse couche* quelques mois après, suivie de curetage; grossesse gémellaire menée à terme à 16 ans; en 1921, *deuxième fausse couche de 3 mois*; métrite; spécificité datant d'une dizaine d'années : la malade néanmoins ne se souvient pas d'avoir eu un accident initial, ni syphilitique secondaire, mais un B.-W. + avec cure syphilitique. Actuellement, B.-W. —. Enfin, au 1^{er} décembre, crise douloureuse abdominale, surtout à droite, à type de torsions et d'élancements. Vomissements alimentaires, puis bilieux. Hospitalisation le 18.

Examen : Température, 38°8; pouls, 100. Facies fatigué; ventre ballonné; tuméfaction douloureuse de la fosse iliaque droite, molle, fluctuante en certains points, remontant à cinq travers de doigt de l'arcade crurale. A gauche : rien à signaler.

Toucher vaginal : Col déchiré, de consistance normale, abaissé et refoulé en avant. En arrière, on sent une masse fluctuante, occupant le Douglas, douloureuse, mal limitée et correspondant à la masse située dans l'abdomen.

Intervention le 20 décembre : Colpectomie sous anesthésie générale; pus fétide, abondant; mèche et drains; sonde vésicale.

10 février 1934 : Hystérectomie subtotale (Dr Villar).

N° 49. — Gar...

Pas de fausse couche dans les antécédents personnels.

N° 50. — Muir... (Anne), 37 ans. Entrée le 26 mai 1934, salle 1, lit n° 2; sortie le 7 septembre 1934 par guérison.

Pyosalpinx bilatéral. Hystérectomie subtotale. Mikulicz. Greffes ovariennes.

Hospitalisée pour hémorragies apparues le 24 mai.

Antécédents personnels : Régée à 12 ans.

En 1926, *fausse couche de 6 mois 1/2*; en mars 1934, *fausse couche de 3 mois 1/2*.

Examen : Col gros, mou, entrouvert. En avant, petite masse nodulée qui doit être l'utérus. Masse postérieure faisant bloc; à gauche également, masse tendue, volumineuse, remontant assez haut, paraissant individualisée de la précédente. Points douloureux costo-musculaires à droite et à gauche.

Tension artérielle : Mx, 13; Mn, 7; Io, 1,5.

9 juin : A gauche et en arrière de l'utérus, masse nettement fluctuante.

12 juin : Hystérectomie : Exéat le 7 septembre.

B.-W. —; Brouha —.

N° 51. — Aug... (Jeanne). Pas de fausse couche dans les antécédents personnels.

N° 52. — Par... (Marie). — Pas de fausse couche dans les antécédents personnels.

N° 53. — Cor... (Simone), 24 ans. Entre au service le 10 juin 1934, salle 1, lit 1; sortie le 20 septembre 1934.

Pyosalpinx.

Fausse couche de 3 mois 1/2 en mars 1934; la malade commence à souffrir du bas-ventre le 7 juin : douleur violente généralisée à tout l'abdomen, plus intense à droite; irradiation aux reins et aux cuisses.

Examen : Col mou, assez volumineux, entr'ouvert; utérus en rétroversion; empâtement occupant le cul-de-sac latéral droit, déterminant de la douleur à la palpation. Cul-de-sac latéral gauche, vide, souple et non douloureux.

Examen le 9 juillet (Prof. Guyot) : Utérus antéfléchi et, collée contre lui, une masse annexielle gauche. A droite, au contraire, on trouve une masse annexielle indépendante.

Examen le 25 juillet (Dr Courriades) : Utérus antéfléchi, volumineux, mobilisable sans douleurs. Dans le cul-de-sac latéral droit, on trouve une masse dont les contours sont encore peu précis, de consistance ferme, indolore et fixée à l'utérus et aux parois pelviennes. A gauche, masse annexielle collée à l'utérus.

Tension artérielle : Mx, 14; Mn, 8; Io, 1 1/2.

Hystérectomie le 17 août.

Suites opératoires normales.

B. — Autres cas publiés.

N° 17 (Obs. NELATON).

II... (Antoinette), 19 ans. Entre salle Richard-Vallace, lit n° 7.

Cette fille entre dans le Service trois semaines après un *avortement* fait il y a trois mois environ. Son état général est grave. Température entre 38°5 et 39°5, facies abdominal, ventre extrêmement douloureux. Au palper bimanuel on trouve une tuméfaction inflammatoire qui entoure et immobilise complètement l'utérus.

L'intervention est décidée et exécutée le 21 novembre. On commence l'hystérectomie qui n'est point terminée en raison de la friabilité de l'utérus. Mais avec le doigt introduit derrière et dessous l'utérus on ouvre les poches qui l'entourent. Elles donnent issue à une abondante quantité de pus. La malade se rétablit; la fièvre tombe, mais pendant deux ou trois mois des douleurs persistent dans le flanc gauche. Revue le 10 août 1895, la malade paraît en bon état, peu de douleurs; les règles sont normales et indolentes; mais au palper bimanuel on sent *une tuméfaction de la trompe gauche* du volume d'une mandarine.

N° 18 (Obs. CONSTANDULAKI).

Mme B..., 54 ans, a depuis quelques mois des pertes de sang mélangé d'eau, peu abondantes, mais continuelles; douleurs dans le ventre. Rupture d'un *pyosalpinx* droit chez une femme ayant présenté *plusieurs fausses couches*.

N° 19 (Obs. HUET).

X..., 18 ans. *Fausse couche*, il y a douze jours, suivie de curetage. Douleurs dans le bas-ventre. Température, 39 degrés. Diagnostic de *pyosalpinx* compliqué. La laparotomie met en présence d'un *double pyosalpinx*, le gauche ayant présenté une déchirure cause des accidents observés.

N° 20 (Obs. ROGER, n° 9).

A... (M.), 24 ans. Entrée le 13 juin 1894 à Necker. Régée à 16 ans; *avortement* de 6 semaines il y a deux mois avec douleurs dans le bas-ventre apparues progressivement depuis. *Double pyosalpinx*.

N° 21 (Obs. ROGER, n° 34).

M... (M.), 20 ans, entrée le 8 novembre 1890 à Laënnec.

Régée à 12 ans; une *fausse couche* il y a dix-huit mois avec douleurs pelviennes, surtout à droite, depuis cette époque. Interruption brusque des règles il y a six semaines. A droite, paquet annexiel se confondant en arrière avec une tumeur qui occupe le cul-de-sac postérieur. A gauche, lésions évidentes, mais moins marquées que du côté opposé. *Intervention : Pyosalpinx*.

N° 22 (Obs. ROGER, n° 46).

J... (L.), 26 ans. Entrée le 10 décembre 1898 à Necker.

Il y a cinq ans, accouchement à terme; immédiatement après, tombe enceinte et fait une *fausse couche*. Depuis cet accident, douleurs pelviennes; menstruations irrégulières, leucorrhée abondante. Le 16 décembre, intervention : *Pyosalpinx*.

N° 23 (Obs. ROGER, n° 50).

A... (C.), 37 ans. Une *fausse couche* à 18 ans; jamais eu d'enfants; curetage pour métrite il y a sept ans. Douleurs abdominales depuis dix ans. *Pyosalpinx*.

N° 24 (Obs. ROGER, n° 53).

A... (H.), 38 ans. *Deux fausses couches* et quatre enfants à terme, le dernier il y a neuf ans. *Pyosalpinx droit*, intervention le 27 novembre 1897.

N° 25 (Obs. ROGER, n° 76).

A... (G.), 34 ans. Deux enfants; une *fausse couche*; curetage il y a quatre ans. *Pyosalpinx*.

N° 26 (Obs. ROGER, n° 80).

E... (P.), 30 ans. *Deux fausses couches*; la première il y a cinq ans; la deuxième il y a trois mois, suivie de pertes abondantes et de pelvipéritonite. Intervention le 36 décembre 1897 pour *pyosalpinx*.

N° 27 (Obs. ROGER, n° 18).

M... (H.), 25 ans. Entrée le 1^{er} juillet 1896 à Necker. *Fausse couche* il y a six ans; douleurs dans le bas-ventre depuis cette époque. *Pyosalpinx*.

N° 28 (Obs. ROGER, n° 81).

E... (L.), 26 ans. *Fausse couche* il y a cinq ans; accidents spécifiques syphilitiques secondaires; *pyosalpinx double*.

N° 29 (Obs. Dr HUET, in MARIN A. PÉTROFF).

Mme F..., 51 ans.

Pyosalpinx droit rompu; hystérectomie subtotale. Mikulicz. Guérison.

Entre d'urgence dans le service du Docteur Cadenat pour des douleurs violentes dans le bas-ventre, le 4 juin 1930, à minuit. Début des douleurs quatre jours auparavant. Elles sont modérées, à type de coliques, siégeant dans la fosse iliaque droite et dans l'hypogastre et s'accompagnant de nausées et de malaise général.

Vingt-quatre heures avant son entrée à l'hôpital, pendant la nuit : exagération des douleurs; insomnie; agitation. Le lendemain matin, les douleurs deviennent extrêmement violentes; douleur continue dans tout le bas-ventre, avec des paroxysmes intenses et syncopes. Mais pas de coup de poignard abdominal

Nausées, un vomissement. Température à 40 degrés. Légère sédation des troubles dans l'après-midi.

Entre dans le service à minuit avec, à l'examen, un syndrome de péritonite appendiculaire. La température est de 37°2.

Dans ses antécédents, on note des pertes blanches depuis son adolescence, *une fausse couche à 25 ans, à la suite de laquelle la malade a présenté par intermittence des pertes jaunâtres et quelques douleurs dans l'hypogastre et dans la fosse iliaque droite.* Règles régulières. Pas d'enfants.

Intervention le 5 juin 1930 vers la vingtième heure.

Incision de Mac Burney.

Liquide purulent dans le péritoine. Rien à l'appendice : appendicectomie de précaution.

Exploration du petit bassin : On trouve une masse droite volumineuse; on pense à un pyosalpinx rompu.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. *Pyosalpinx droit rompu. Salpingite en pleine évolution à gauche.*

Hystérectomie subtotale. Mikulicz. Parois aux crins doubles.

Guérison le trente-quatrième jour; sortie.

N° 30 (Obs. M. AUVRAY, *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie* 12 janvier 1925).

Mlle L... (M.), 23 ans; a fait il y a trois ans un *avortement provoqué*; les mois qui suivirent furent marqués par l'apparition de pertes blanches importantes et de métrorragies; on avait parlé à l'époque d'un *léger degré de salpingite*; peu à peu les pertes de sang disparaissent et les pertes blanches diminuent; elles sont devenues presque insignifiantes depuis déjà un an, quand survient l'événement qui amène la malade à l'hôpital. Enceinte de nouveau, la malade a *essayé* sans résultat de *se faire avorter*. Au moment où elle se soumet à notre examen, elle n'a pas vu ses règles depuis deux mois, c'est-à-dire depuis le 20 septembre 1924. La grossesse ne semble pas douteuse; en plus de l'arrêt des règles, il existe des troubles sympathiques et des modifications au niveau des seins. La malade raconte qu'elle a eu, à l'époque présumée des règles, de petites pertes sanguines, brun chocolat,

qui se sont accompagnées de légères coliques et qu'elle a présenté par deux fois de brusques débâcles d'hydrorrhée qui l'ont obligée à se garnir. Enfin un médecin qui a eu l'occasion de pratiquer le toucher à plusieurs reprises dans les trois dernières semaines a senti à travers le cul-de-sac latéral du vagin une petite masse qui s'est développée progressivement à gauche de l'utérus. C'est pour l'ensemble de ces symptômes anormaux au cours d'une grossesse que la malade vient consulter.

Le toucher vaginal révèle un col ramolli, non entrouvert, en position sensiblement normale. Le corps de l'utérus, légèrement globuleux, est augmenté de volume et vient affleurer le bord supérieur du pubis; à travers le cul-de-sac gauche du vagin on sent nettement une masse, grosse comme une noix, séparée de l'utérus par un sillon. Cette masse est sensible, sans être toutefois vraiment douloureuse; elle n'est pas mobile.

Du côté droit, on ne sent rien; cependant la sensibilité un peu exagérée au niveau du cul-de-sac vaginal droit, un certain manque de souplesse font penser qu'il existe peut-être à ce niveau un peu de salpingite. La température est absolument normale. De l'ensemble de ces signes il ne se dégage pas un diagnostic certain et l'on hésite entre une grossesse extra-utérine tubaire et une salpingite coexistant avec une grossesse. Dans la crainte de laisser évoluer sans intervenir une grossesse extra-utérine, diagnostic qui, au premier abord, semble le plus favorable, on décide d'hospitaliser la malade et de l'opérer.

Opération le 28 novembre : Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'utérus est gros, arrondi, violacé, manifestement gravidé. A droite, les annexes sont peu malades, cependant il existe une légère inflammation de la trompe et quelques adhérences lâches, mais ce sont là des lésions trop légères pour que l'on songe à faire une opération de salpingectomie. A gauche, les annexes encapsonnées sous et derrière le ligament large lui adhèrent, ainsi qu'au péritoine pariétal, et tirent à elles l'utérus, qui est basculé de ce côté. Le décollement des annexes, qui doivent être enlevées, est difficile; au cours des tractions faites pour décoller la masse annexielle, *une petite poche se rompt*. Les annexes libérées appa-

raissent congestionnées, très augmentées de volume, la trompe est multilobée et contient du pus. Après ligatures placées sur la corne utérine et sur le pédicule utéro-ovarien, on pratique l'ablation de ces annexes. Un petit surjet reforme la tranche péritonéale et on joint les moignons des pédicules. Un petit drain, à cause de la suppuration des annexes, est laissé en place dans le Douglas.

Les suites opératoires ont été très simples; la température n'a même pas atteint 38 degrés dans les premiers jours après l'opération; un petit écoulement sanguin vulvaire est apparu, qui s'est arrêté en quelques heures. Le drain, par lequel il s'est écoulé seulement un peu de sang, est retiré au bout de quarante-huit heures. A aucun moment, il n'y a eu menace d'avortement, et la malade est sortie du service onze jours après son opération. Aux dernières nouvelles (début de janvier) la grossesse continuait normalement.

Examen bactériologique du pus : La trompe, fermée à chacune de ses extrémités par des pinces, est portée au laboratoire de M. Grenet; nous demandons qu'on veuille bien examiner la nature bactériologique du pus et dire si le corps jaune de la grossesse est développé sur l'ovaire extirpé.

Le pus prélevé aseptiquement dans la trompe estensemencé et examiné au microscope.

L'ensemencement a été fait sur deux tubes de gélose et deux tubes de gélose ascite. Sur gélose ordinaire : à peine une ou deux taches, grisâtres; sur gélose ascite : deux ou trois colonies arrondies, ayant l'aspect de colonies staphylococciques.

Examen microscopique : Première lame : Rares éléments microbiens, quelques staphylocoques. Un ou deux éléments en diplocoques; Gram positif, ayant l'aspect de pneumocoques.

Deuxième lame : Nombreux staphylocoques en amas; quelques diplocoques; Gram positif;

Troisième lame : Quelques staphylocoques; rares chaînettes de 5 à 6 éléments, et qui sont vraisemblablement des staphylocoques dissociés.

Conclusion : Très minime flore microbienne; prédominance de staphylocoques; rares pneumocoques.

Examen histologique de la trompe et de l'ovaire : Ovaire de dimension et d'apparence normales. Son centre est occupé en totalité par une masse unique ayant la consistance et l'aspect d'une gelée transparente, de teinte ambrée. A l'examen histologique, on a reconnu la structure d'un corps jaune typique; en raison des dimensions énormes de ce corps jaune, on doit penser à un corps jaune de grossesse. On a donc en somme, en procédant à l'ablation des annexes gauches, enlevé le corps jaune de la grossesse.

N° 31 (in MOISSEC).

V... (J.), 37 ans. *Deux fausses couches; pyosalpinx.*

N° 32 (in MOISSEC).

C... (F.), 23 ans. *Une fausse couche de 3 mois; pyosalpinx.*

N° 33 (in MOISSEC).

H... (B.), 17 ans. *Une fausse couche de 5 mois, qui, d'ailleurs, élimine le fœtus et tous les débris placentaires, mais qui fut suivie de douleurs dans le flanc gauche. Pyosalpinx.*

N° 34 (in MOISSEC).

E... (S.), 22 ans. *Une fausse couche de 3 mois avec douleurs annexielles.*

N° 35 (in CHAVANNAZ, obs. n° V).

A... (X.), 26 ans. Réglée à 11 ans. La première grossesse à 17 ans; la deuxième à 18 ans; puis quatre grossesses terminées par des *avortements*. Intervention sur un *pyosalpinx double* : gauche et postérieur.

N° 36 (in BURGER).

X... Grossesse se compliquant d'un *pyosalpinx aigu* par suite de *manceuvres abortives* dans la sixième semaine.

Pendant l'évolution lente de l'affection annexielle, vomissements pris pour des vomissements incoercibles de la grossesse. L'incertitude du diagnostic empêche une intervention opératoire qui est la règle, vu le grand danger des perforations de ces pyosalpinx dans le péritoine libre.

Avortement spontané de 3 mois, nécessitant un curage exécuté avec précaution.

Quelques jours plus tard, perforation du pyosalpinx dans le rectum. Les considérations générales sur la coexistence de grossesse et des affections annexielles inflammatoires aiguës au point de vue origine (annexite chronique réveillée par des interventions criminelles) méritent d'être remémorées : symptomatologie souvent très imprécise, masquée, et diagnostic parfois très difficile; pronostic très sérieux autant pour la mère que pour la conservation de la grossesse et le traitement qui doit être actif, à l'encontre de celui du pyosalpinx aigu en dehors de la grossesse et dans la deuxième moitié de la grossesse. Tenir autant que possible compte de la viabilité de l'enfant.

N° 37 (in GARDES, n° V).

X..., 18 ans. *Une fausse couche*, curetage. *Pyosalpinx double* et rupture péritonéale.

N° 38 (in DELANOË, n° III).

X..., *une fausse couche* et un *pyosalpinx double*.

N° 39 (in ALEXANDRE).

X..., 27 ans. *Fausse couche* de 5 mois à 17 ans, sans grossesse ultérieure, mais douleurs dans le bas-ventre depuis cet incident. *Pyosalpinx*.

N° 40 (in TERRILLON).

R..., 35 ans. *Une fausse couche* de 6 mois suivie d'accidents et de métrorragies abondantes avec douleurs dans le bas-ventre; deux ans après, *deux nouvelles fausses couches*, l'une de 2 mois, l'autre de 3 mois : leucorrhée plus marquée. Six ans après, *nouvelle fausse couche* avec pelvipéritonite violente ayant nécessité trois mois d'hospitalisation à l'Hôtel-Dieu. Nouvelle poussée en 1886. Hystérectomie subtotale pour *pyosalpinx*.

N° 41 (in TERRILLON).

F..., 35 ans. En 1876 *une fausse couche*; en 1877, deux nouvelles fausses couches. Depuis cette date, règles irrégulières, douloureuses; leucorrhée. *Pyosalpinx* opéré en mai 1887.

N° 42 (in CHAVANNAZ).

X..., 26 ans. Une première grossesse à 17 ans, puis *avortement provoqué* de 3 mois, à 20 ans. *Avortement provoqué* de 1 mois à 22 ans, suivi d'infection avec fièvre. Grossesse à 24 ans : *avortement provoqué* de 2 mois, sans suites pathologiques. Opération de pyosalpinx gauche et de grossesse extra-utérine le 1^{er} juillet 1910.

QUATRIÈME PARTIE

SYNTHÈSE

DES RELATIONS ENTRE AVORTEMENTS
GROSSESSE TUBAIRE — PYOSALPINX

I. — *Point de vue statistique.*

Sur 1.456 malades entrées dans le Service de M. le Professeur Guyot, nous avons donc relevé 39 grossesses extra-utérines dont 13 présentant des antécédents de fausses couches ou avortements provoqués, soit 33,33 p. 100.

Nous avons par ailleurs rencontré 5 cas, dans la littérature, à l'appui de nos recherches.

Sur 1.456 malades entrées dans le Service de M. le Professeur Guyot, nous avons relaté 53 pyosalpinx, dont 16 présentant des antécédents de fausses couches ou avortements provoqués, soit 28,56 p. 100.

Nous avons publié par ailleurs 26 cas intéressants retrouvés dans les diverses publications.

II. — *Point de vue eugénique.*

La rançon d'un avortement est bien souvent la stérilité, l'hystérectomie subtotale ou totale intervenant. Les grossesses extra-utérines ultérieures ou les pyosalpinx évoluent la plupart du temps vers des complications. L'avortement met un « revolver chargé dans le ventre », selon l'expression que nous avons relevée dans une publication anglaise et qui fait image; et ce n'est qu'exceptionnellement que l'on pourra

noter par exemple que, après intervention chirurgicale sur un pyosalpinx double, la grossesse concomitante ait pu suivre son cours normal (Bouré). Doléris, Vuillet, pensent que les deux trompes malades peuvent récupérer leurs fonctions et ne pas toujours aboutir à la stérilité; on peut leur opposer que lorsque le pyosalpinx est l'aboutissant d'une salpingite aiguë par oblitération de l'ostium uterinum, dans ces cas de collection enkystée la grossesse est nécessairement impossible si la lésion est double. Sinon, il faudrait admettre que, dans le cas d'un pyosalpinx double et d'une grossesse, il n'y ait simplement que salpingite légère ou pyosalpinx unilatéral avant la fécondation, qui d'ailleurs favoriserait à son tour l'oblitération et aurait en somme une action aggravante. Les grossesses extra-utérines que nous avons relevées dans le service de M. le Professeur Guyot présentaient toutes des complications, soldées par des interventions chirurgicales.

L'avenir génital d'une femme ayant présenté un ou des avortements nous paraît être gravement compromis, car si Blondel en 1902 pouvait établir que 19 p. 100 de femmes ayant avorté en clientèle présentaient ultérieurement une atteinte salpingienne caractérisée et indiscutablement en rapport avec le *post abortum*, West, de New-York, put donner un chiffre de 19 p. 100, et ce pourcentage n'a fait que croître dans nos générations d'après-guerre. Reste à savoir celui qu'il atteindra dans les peuples européens où l'avortement est légalisé et encouragé.

Sur ce point, des statistiques sincères établies en U.R.S.S. seraient très instructives, sinon édifiantes.

III. — *Point de vue clinique.*

Si l'on note des cas de grossesse extra-utérine et de pyosalpinx sans grossesses ni fausses couches antérieures (Richard Antonia), il faut noter que bon nombre de grossesses extra-utérines et de pyosalpinx relèvent purement et simplement

d'une infection annexielle, larvée ou évolutive, aiguë, sub-aiguë ou chronique, trouvant son origine dans les lendemains de l'abortum.

En dehors des signes cataclysmiques que présentent les complications de grossesse extra-utérine et les pyosalpinx, ceux-ci auront ordinairement évolué à bas bruit, dans la période de non-fécondation qui aura suivi l'abortum : quelques douleurs dans le bas-ventre, irrégularités des règles, leucorrhée, fatigabilité, poussées thermiques. On pense souvent à l'appendicite, d'autant plus que l'avortement est observé à tout âge, mais en particulier entre 18 et 35 ans; la grossesse extra-utérine, exceptionnelle avant 20 ans, survient ordinairement chez des femmes d'âge moyen, la plus grande fréquence étant notée entre 30 et 35 ans, ce qui suppose la possibilité d'une altération antérieure des trompes plus grande et qui explique les nombreux cas où l'appendice était enflammé.

L'avortement peut être comparé aux effets de la multiparité dans l'étiologie des grossesses extra-utérines. Jacobs, en effet, avait relevé à la charge de la multiparité 56 cas de grossesse extra-utérine sur 82 cas, et 26 cas de nulliparité. Tainturier note 94 multipares et 35 nullipares sur 129 cas; Leoty 27 multipares et 5 nullipares.

Il semble donc que grossesse *post partum* et *post abortum* gardent parfois un coefficient, un index pathologique, comparable dans l'étiologie des plus graves affections salpingiennes ultérieures.

Non seulement il se passe un laps de temps silencieux, dit de non-fécondation, entre le début de l'infection génitale (gonococcique, accouchement septique ou fausse couche), et la formation du pyosalpinx, mais ce laps de temps pourra devenir considérable entre le début de l'infection génitale et l'ouverture de la collection, avec entre temps des rémissions fonctionnelles désordonnées apportant l'illusion d'une guérison et pouvant aisément désorienter les diagnostics d'un praticien non averti.

CONCLUSIONS

I. — L'infection endo-utérine fait le lit aux tumeurs endo-annexielles (grossesse tubaire, pyosalpinx).

II. — La salpingite, pas plus que la métrite, n'est favorable au développement *normal* de l'œuf.

III. — L'avortement, en dehors de toute spécificité, doit être tenu pour responsable du *tiers* des grossesses ectopiques; l'avortement appelle l'avortement, et ces grossesses extra-utérines, véritables fausses couches intratubaires, ne vont qu'exceptionnellement à terme.

IV. — L'avortement, suivi comme son ombre par un état aigu infectieux plus ou moins grave, entre dans l'étiologie d'un *quart* des pyosalpinx; les pyosalpinx du *post abortum* ont une prédisposition aux poussées inflammatoires, et ce sont eux qui *se compliquent*, ordinairement, de rupture en péritoine ou dans les viscères voisins.

V. — La notion d'un avortement antérieur dans la discussion du diagnostic de grossesse extra-utérine ou de pyosalpinx (simples ou compliqués) prend une importance aussi grande qu'un B.-W. + chez une malade soupçonnée de spécificité.

Tous les interrogatoires de malades atteintes d'affections salpingiennes devraient donc fouiller ces antécédents. On ne donne pas toujours assez d'importance à cette notion de *fausse couche*; médusé par la notion de syphilis, on serait

tenté de remplacer souvent l'interrogatoire de la malade au point de vue fausses couches — qu'elle avouera ou n'avouera pas d'ailleurs — par l'oracle d'une réponse de laboratoire; et ce B.-W. de paresseux, surtout s'il est négatif, laissera dans l'ombre une partie des affections qui expliqueraient facilement les *lésions* dont le diagnostic exact est, dans ces conditions, très difficile à poser, bien qu'il y ait urgence de le poser, dans l'intérêt vital de la malade.

VI. — *Au point de vue social*, il nous a paru utile de rechercher et de mettre en relief le rôle néfaste de l'avortement, spontané ou provoqué; sa présence est certaine dans le tiers des grossesses tubaires et dans le quart des observations de malades opérées pour pyosalpinx, qu'il nous a été donné d'étudier.

VU, BON A IMPRIMER :

Vu : *Le Doyen*,
M. MAURIAC.

Le Président,
J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 30 octobre 1934.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- AUVRAY. — Salpingite purulente enkystée et grossesse. Avortements antérieurs. *Bull. Soc. obst. et gynécol.*, 1925, p. 34.
- ARQUEMBOURG. — Salpingite et péritonite postabortives. *Echo médical du Nord*, Lille, 1906, X, p. 94.
- BLONDEL. — Affections annexielles et *post abortum*. *Bull. Soc. obst. et gynécol.*, 1902, p. 135.
- CHAMORRO (T. A.). et A. S. ZUCOTTI. — Occurrence of tubal pregnancy 4 months after abortion; case. *Semana med.*, 2, 73-76, 13 juill. 1933.
- DELBET. — Traité des suppurations pelviennes chez la femme.
- DUPLAY, RECLUS, LE DENTU, DELBET. — Traité de chirurgie.
- FORGUE et MASSABUAU. — Traité de gynécologie.
- FRIGAJESI (J.) (Budapest). — Über die schädlichen Folgen der Jodnjektionen. S. 2642.
- possibility of extra uterine pregnancy, occurring result of injecting iodine into uterus to produce abortion. *Zentralblatt für gynakologie*, 1930-1933.
- GUGGISBERG (H.). — Role of abortion in later development of extra-uterine pregnancy. *Schweiz. med. Wchuschr.*, 62, 691-693, 23 juill. 1932.
- HAMES (W. J.). — Abortion and extra-uterine pregnancy. *Fortschr. d. Therap.*, 9, 362-372, juin 22.
- HARTMANN. — Gynécologie opératoire, 1933.
- HASELHORST (G.). — Clinical aspects and genesis of endometriosis; study of nodose adenomyosis of fallopian tubes with tubal pregnancy. *Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäk*, 101. 241-253, 1932.

- JACOBS. — Avortement suivi d'infection septique et rupturé spontanée intra-abdominale d'un kyste purulent ovaro-salpingien. Décès. *Bull. Soc. belge gynécol. et obst.*, Bruxelles, 1894, VI, p. 10-14.
- LIEBE (W.). — Recherches étiologiques de 20 cas de grossesse extra-utérine. — Weitere fälle von extrauterin graviditat. *Zentralblatt für gynakologie*, 1150, mars 1926.
- LAWSON TAIT. — *Medical times*, 1884.
- NEEB. — Pyosalpinx puerpéral après avortement. *Bull. Soc. obst. et gynécol.*, 1925, p. 472.
- MASSON (J.-C.). — Antecedent and subsequent histories in 471 cases Pregnancy extra-uterine. *Minneseta med.*, 13, 822-825, nov. 1930.
- SPINAKOFF. — Sur les suites de couches dans les avortements. Thèse Paris, 1904.
- SENGUPTA (B. M.). — Interstitial pregnancy due to endometriosis in corner of fallopian tube; case. — Eine durch endometriose der Tubenecke emstandene, interstitielle Schwangerschaft. S. 2848. *Zentralblatt für gynakologie*, 1933, 3.
- VAN ETTEN (R. C.). — Is salpingitis a factor in incidence of tubal pregnancy ? *Ann. J. obst. gynec.*, 22, 645-646, oct. 1931.

